FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

N°: 41

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Guilhem Geneviève née Duval
le 16 Avril 1928
à Bois-Colombes (Seine)

présentée et soutenue publiquement
le 25 janvier 1966

*

## REEDUCATION PROFESSIONNELLE DU TUBERCULEUX PULMONAIRE

*

étude de 365 cas
observés au cours de l'année 1960

*

Président : G. BROUET, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°: 41

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Guilhem Geneviève née Duval
le 16 Avril 1928
à Bois-Colombes (Seine)

présentée et soutenue publiquement
le 25 janvier 1966

*

## REEDUCATION PROFESSIONNELLE DU TUBERCULEUX PULMONAIRE

*

étude de 365 cas
observés au cours de l'année 1960

*

Président : G. BROUET, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/3/1965

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . G. BROUET
1er ASSESSEUR . . . . . D. BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . J.P. GOSSET

## I. — PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| Anatomie pathologique | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | BAUMANN (J.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M.-F.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports | MALMEJAC (J.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| Biophysique médicale | BUGNARD (L.) |
| — | DOGNON (A.) |
| — | DJOURNO (A.) |
| Cancérologie médicale et sociale | N... |
| Chimie pathologique | SCHAPIRA (G.) |
| Embryologie | TUCHMANN (H.) |
| Génétique fondamentale | LEJEUNE (J.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | N... |
| Histologie | GIROUD (A.) |
| Hygiène et médecine préventive | BOYER (J.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale | DEROBERT (L.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | BRUMPT (L.-C.) |
| Pathologie chirurgicale | LAURENCE (G.) |
| — | KUSS (R.) |
| Pathologie exotique | N... |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.-P.) |
| Pathologie médicale | LAROCHE (Cl.) |
| — | BRICAIRE (H.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | N... |
| Pharmacologie | CHEYMOL (J.) |
| — | LEVY (Mlle J.) |
| Physiologie | BARGETON (D.) |
| — | PARROT (J.) |
| Physiologie et pathologie obstétricales | LEPAGE (F.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | CAUCHOIX (J.) |

| | MM. |
|---|---|
| Thérapeutique | CONTE (M.) |
| Thérapeutique appliquée | LAMOTTE (M.) |

b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Anatomie anthropologique | OLIVIER (G.) |
| Anatomie pathologique | NEZELOFF (Ch.) |
| Bactériologie | BARBIER (P.) |
| Biochimie médicale | DESGREZ (P.)<br>DREYFUS (J.-Cl.)<br>POLONOVSKI (J.) |
| Biologie médicale | BOURLIÈRE (F.) |
| Histologie | COUJARD (R.) |
| Pathologie expérimentale | LOEPER (J.) |
| Physiologie | DEJOURS (P.)<br>SCHERRER (J.) |
| Physique médicale | KELLERSHOHN (L.)<br>GOUGEROT (L.) |
| Radiologie médicale | FISCHGOLD (H.) |

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

| | | MM. |
|---|---|---|
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | | SOULIÉ (P.) |
| — — (Boucicaut) | | LENÈGRE (J.) |
| Cliniques chirurgicales | Beaujon | LORTAT-JACOB (J.-L.) |
| | Cochin | LEGER (L.) |
| | Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| | Pitié | |
| | Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| | Salpêtrière | SICARD (A.) |
| | Tenon | OLIVIER (Cl.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) | | FÈVRE (M.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) | | MERLE d'AUBIGNÉ (R.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | | DUBOST (Ch.) |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) | | MATHEY (J.) |
| Clinique dermatologique (Saint-Louis) | | DUPERRAT (F.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | | DECOURT (J.) |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) | | LAMY (M.) |
| Clinique gynécologique (Broca) | | HUGUIER (J.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) | | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) | | TURPIN (R.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) | | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) | | HAMBURGER (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | | BERNARD (J.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | | CASTAIGNE (P.) |
| Cliniques médicales | Bicêtre | DEPARIS (M.) |
| | Broussais | MILLIEZ (P.) |
| | Cochin | BROUET (G.) |
| | Hôtel-Dieu | BARIÉTY (M.) |
| | Laribosière | SÈZE (S. de) |
| | Pitié | DREYFUS (G.) |
| | Saint-Antoine | KOURILSKY (R.) |
| | Saint-Antoine | BOUDIN (G.) |

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544324_0080

| | MM. |
|---|---|
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) | DEBRAY (Ch.) |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) | MARIE (J.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | JUSTIN-BESANÇON (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | DEROT (M.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | GARCIN (R.) |
| Cliniques obstétricales — Baudelocque | LACOMME (M.) |
| Cliniques obstétricales — Saint-Antoine | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | OFFRET (G.) |
| — — (Cochin) | N... |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | THIEFFRY (S.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | BERNARD (E.) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | COSTE (F.) |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière) | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | ROUX (M.) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | LEMAIRE (A.) |
| Clinique toxicologique | GAULTIER (M.) |
| Clinique urologique (Cochin) | ABOULKER (P.) |
| — — (Necker) | COUVELAIRE (R.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique | PADOVANI (P.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | LAPLANE (R.) |
| Séméiologie médicale (A. Chantin) | DOMART (A.) |
| — — (Pitié) | RAMBERT (P.) |
| — — (Rothschild) | WOLFROMM (R.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) | POILLEUX (F.) |
| Séméiologie traumatique et orthopédique (R.-Poincaré) | JUDET (R.) |

b) **Professeurs à titre personnel :**

| | |
|---|---|
| Hématologie | ANDRÉ (R.) |
| | BOUSSER (J.) |
| Hydrologie et climatologie | GIBERTON (A.) |
| Maladies infectieuses | BASTIN (R.) |
| Médecine | AZERAD (E.) |
| | BOUR (H.) |
| | GROSSIORD (A.) |
| | LAMBLING (A.) |
| | PEQUIGNOT (H.) |
| | PERRAULT (M.) |
| | SIGUIER (F.) |
| | WORMS (R.) |
| Neurologie | LHERMITTE F. |
| Neuro-psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie | MADURO (R.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS (B.) |
| | MEYER (A.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | CABROL (C.) |
| Anatomie pathologique | GOUYGOU (Ch.) |
| Anesthésiologie | VOURC'H (G.) |
| Bactériologie | CHRISTOL (D.) |
| Biochimie médicale | CARTIER (P.)<br>GONNARD (P.) |
| Biologie médicale | HARTMANN (L.) |
| Physique médicale | GREMY (F.)<br>ROUCAYROL (J.-C.) |

## III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

| | |
|---|---|
| Bactériologie | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. |
| Pathologie chirurgicale | RUDLER (J.) Pr. s. ch. |

---

| | |
|---|---|
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J.) |
| Conseillers administratifs | Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.) |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque<br>Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateurs | Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.) |
| Bibliothécaires | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),<br>Mlles DUROZOY (M.-F.), LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.) |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA FAMILLE

A Monsieur le Professeur BROUET
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur KOMAROVER
Médecin-Chef du Centre de Reclassement Professionnel
"André LEVEILLE" de la Caisse Primaire Centrale
de Sécurité Sociale

qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude et qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre sincère reconnaissance pour l'aide éclairée, les encouragements et la sympathie qu'il nous a accordés tout au long de ce travail.

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris

pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué,
nos hommages respectueux.

A nos anciens: tous les médecins que nous avons
eu l'occasion de rencontrer et qui nous ont fait
profiter de leur expérience,

nos respectueux remerciements.

- SOMMAIRE -

Pages

INTRODUCTION ..... 1

Première Partie

LEGISLATION CONCERNANT LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

I - Législation générale concernant le Reclassement Professionnel 6

II - Centres de rééducation professionnelle et sanatoriums de post-cure ..... 8

III - Prestations et prime de reclassement ..... 13

Deuxième Partie

STRUCTURE DU CENTRE "André LEVEILLE"

I - Centre de Reclassement Professionnel de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale ..... 17

II - Service de réadaptation professionnelle dépendant de la Direction de l'Hygiène Sociale de la Préfecture de la Seine 19

III - Service de Main-d'Oeuvre du Ministère du Travail ..... 20

FONCTIONNEMENT GENERAL du CENTRE de RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

I - Service technique et administratif ..... 23

II - Service médical ..... 25

III - Service psychotechnique ..... 27

IV - Service social ..... 30

V - Commission Technique d'Orientation ..... 31

VI - Service de Placement ..... 33

Suites de Placement ..... 34

Préorientation - Equipe en déplacement ..... 35

Troisième Partie


Pages

REEDUCATION PROFESSIONNELLE et TUBERCULOSE PULMONAIRE ..... 37

Signalement au Centre "André LEVEILLE" ..... 39

Etude du dossier médical des 311 "rééduqués"

I - Forme de la maladie ..... 46
II - Evolution de la maladie et modalités de traitement ..... 54
III - Séquelles fonctionnelles - Autres déficiences ..... 58

Examen Psychotechnique

I - Scolarité ..... 65
II - Travail scolaire effectué en établissement de cure ..... 66
III - Niveau scolaire ..... 67
IV - Niveau professionnel ..... 69
V - Métier exercé ..... 71
VI - Résultat de l'examen psychotechnique ..... 74

Rééducation professionnelle

I - Externat-Internat ..... 75
II - Durée entre le début de la maladie et l'entrée en centre de rééducation ..... 77
III - Stage préparatoire ..... 77
IV - Spécialités enseignées ..... 78
V - Interruptions de stage ..... 80
VI - Résultats de fin de stage ..... 81

Reprise de travail

I - Placement ..... 84
II - Métier exercé à la reprise de travail ..... 85

ENQUETE 1964 - 1965 ..... 88

RESUME ..... 96

CONCLUSIONS ..... 101

Le développement de la chimiothérapie antituberculeuse associé aux progrès réalisés en chirurgie thoracique et en réanimation respiratoire ont transformé le pronostic en phtisiologie.

Les résultats de la thérapeutique sont heureusement très encourageants en 1965. Cependant la tuberculose pulmonaire reste une "maladie de longue durée" déterminant des conséquences fâcheuses souvent graves dans la vie sociale et professionnelle de l'individu qu'elle a frappé.

La constatation fréquente du décalage de l'âge phtisiogène vers les années de la maturité a modifié le problème de la reprise du travail; les adolescents encore en apprentissage sont aujourd'hui moins touchés par la maladie que les adultes jeunes déjà insérés dans un milieu de travail.

Le médecin ne peut donc pas considérer son rôle terminé avec la constatation "d'un état radiologiquement stable". Bien souvent, en effet, le travailleur ne peut, à ce moment de "guérison" physique, reprendre immédiatement son travail dans les mêmes conditions qu'avant sa maladie. Le phtisiologue est intéressé par la surveillance et l'orientation professionnelle de son ancien malade pendant toute cette période intermédiaire d'activité réduite et de convalescence, qui suit la maladie proprement dite et précède le retour à une vie professionnelle totalement normale.

Néanmoins, dans un certain nombre de cas, le malade pourra reprendre sans dommage son ancien métier. Cette réinsertion du travailleur handicapé dans son milieu de travail habituel se fera, soit directement, soit après une période plus ou moins longue de réadaptation professionnelle avec reprise progressive de la cadence et du rythme quotidien de travail.

Pour d'autres anciens malades, surtout s'ils ont été plus gravement atteints, cette reprise de la profession antérieure ne pourrait être réalisée dans des conditions de sécurité suffisantes, avant plusieurs années. Ce sera le cas parfois d'ouvriers de la métallurgie, de certains métiers du bâtiment ou de travailleurs non qualifiés (manoeuvres, manutentionnaires, "saisonniers"), appelés à assumer des travaux réputés fatigants sinon pénibles.

Pour un petit nombre de malades, la tuberculose dans sa forme pulmonaire constitue une inaptitude à la reprise de l'ancien métier et le problème de la réinsertion professionnelle future du handicapé pourrait être posé dès la constatation et le premier bilan de la maladie.

Enfin, on peut rapprocher de ce groupe les cas peu nombreux d'anciens malades chez lesquels le temps imparti aux soins permet une rééducation professionnelle. Dans ces cas, il peut ne pas y avoir une totale inaptitude à la reprise de l'ancien métier et la rééducation professionnelle réalise une véritable promotion sociale.

Mesures de sécurité préventives, inaptitudes à la reprise de l'ancien métier, promotion sociale, représentent donc les principales indications du reclassement professionnel et plus particulièrement d'une rééducation professionnelle.

En fait, le nombre de tuberculeux pulmonaires qui aboutit au reclassement professionnel est assez faible, comme en témoignent les chiffres suivants: pendant l'année 1960 et dans la région parisienne, 13.643 cas de tuberculose, toutes formes réunies, ont été enregistrés et, parmi eux, 7.667 cas de phtisie commune.

Nous constatons, d'autre part, parmi les dossiers présentés à la Commission Technique d'Orientation des infirmes pour cette même année 1960, 2.511 cas de tuberculeux, soit 18,4% de l'ensemble des malades, parmi lesquels 2.219 tuberculeux pulmonaires, soit 28,9% (du total des tuberculeux pulmonaires).

L'ensemble des cas de tuberculose représente 31,8% des déficiences des handicapés candidats au Reclassement Professionnel. Parmi ces derniers, nous avons relevé 365 propositions de rééducation professionnelle dont 311 ont été effectivement suivies de formation professionnelle en centre spécialisé. Ces 311 cas représentent donc seulement 4% de la totalité de la population tuberculeuse pulmonaire.

Remarquons d'ailleurs que la diminution progressive de la morbidité tuberculeuse pulmonaire, ainsi que des conséquences professionnelles qu'elle entraîne, a permis d'abaisser les chiffres que nous avions indiqués ci-dessus (18,4% et 28,9%) aux proportions respectives de 13% et 23% en 1964.

Ce problème du reclassement professionnel chez les anciens tuberculeux pulmonaires fait l'objet du présent travail. Nous avons volontairement limité notre sujet à l'étude de l'apprentissage d'un nouveau métier en centre spécialisé, contrôlé par un phtisiologue, et que l'on désigne par rééducation professionnelle. Nous nous sommes efforcés de préciser dans quelle mesure le reclassement avait pu être utile à longue échéance.

Nous avons ainsi laissé de côté les différentes autres form de reclassement professionnel: réadaptation professionnelle par réentraînement progressif à l'effort et à la cadence normale de travail, travail à temps partiel ou reprise du travail sous contrat avec aide financière de la Sécurité Sociale s'il n'y avait pas d'inaptitude formelle à l'exercice de l'ancien métier.

Nous avons relevé les dossiers des anciens tuberculeux pulmonaires examinés au Centre de Reclassement Professionnel de la rue du Château d'Eau, à Paris, pendant l'année 1960, et pour lesquels une proposition de rééducation professionnelle en centre spécialisé a été faite par la "Commission Technique d'Orientation Professionnelle des Infirmes".

La raison du choix de cette année de référence (1960) est double. Il paraissait intéressant d'examiner le devenir de sujets ayant bénéficié des récentes thérapeutiques antituberculeuses (antibiotiques, chirurgie). D'autre part, il convenait de disposer d'un recul suffisant pour pouvoir établir les résultats éloignés (trois, quatre ans après la reprise de travail normal) chez ces anciens tuberculeux pulmonaires rééduqués.

Une enquête a donc été entreprise fin 1964 et début 1965 auprès des 311 assurés ayant bénéficié d'une rééducation professionnelle sur décision prise en 1960 par la Commission Technique d'Orientation.

L'enquête a été réalisée par lettre individuelle aux intéressés et complétée dans quelques cas par les renseignements donnés par les Centres de Rééducation où avait été effectuée la formation professionnelle.

Comme nous le prévoyions, la principale difficulté à la réalisation de ce travail a été de retrouver les intéressés, la plupart ayant changé de domicile plusieurs fois après leur sortie de stage.

Cette mobilité géographique nous a conduit à écarter volontairement de l'enquête les travailleurs nord-africains. Nous craignions en effet de ne pouvoir les retrouver facilement trois ou quatre ans après leur dernier passage au Centre de Reclassement Professionnel.

Le nombre de ces travailleurs intéressés au reclassement professionnel est d'ailleurs actuellement très restreint. Leur scolarité de base, encore souvent insuffisante, ne leur permet pas fréquemment d'accéder à cette forme d'apprentissage accéléré qu'est la rééducation et l'effort de reclassement doit prendre pour eux une autre orientation.

Cette catégorie de travailleurs justifierait d'ailleurs à elle seule une enquête sur les conditions de reprise de travail, les problèmes étant nombreux, souvent délicats et hors du cadre de notre étude nécessairement limitée.

Le plan de cette étude sera le suivant:

1°) - Rappel des dispositions législatives concernant le reclassement professionnel et l'organisation générale des Centres de Rééducation.

2°) - Structure du Centre "André Léveillé" et fonctionnement général de ses différents services.

3°) - Etude des 311 dossiers d'anciens tuberculeux pulmonaires examinés au Centre "André Léveillé" pendant l'année 1960 et résultats de l'enquête réalisée en 1964/1965 sur leurs conditions actuelles de travail.

o o

o

# PREMIERE PARTIE

## LEGISLATION CONCERNANT LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL et ORGANISATION DES CENTRES DE REEDUCATION

"Il n'y a richesse que d'hommes"

Jean BODIN - 1576

Le Reclassement Professionnel constitue une étape assez récente dans l'évolution de notre législation sociale.

En ce qui concerne les tuberculeux pulmonaires, il est vrai, il ne pouvait être question d'envisager le problème il y a encore quelques décades. Après FORLANINI et à partir de 1920, les diverses collapsothérapies ont sauvé la vie de nombreux tuberculeux, mais au prix de séquelles fonctionnelles parfois lourdes de conséquences pour leur activité sociale et professionnelle.

Les progrès de la thérapeutique moderne en phtisiologie ont permis d'accéder à cette dernière phase du traitement: l'acquisition d'une stabilisation et même d'une guérison autorisant la reprise de travail dans des conditions satisfaisantes.

Il reste néanmoins que la préparation de ce retour à une vie normale, rendue nécessaire par la diminution des capacités physiques, peut être favorisée par la mise à profit de la durée de l'isolement imposé par la maladie. La réduction fonctionnelle implique une réadaptation et un reclassement professionnel permettant l'utilisation judicieuse et rationnelle des capacités restantes du handicapé, pour lui-même et pour la société dont il fait partie.

La Commission de la Réadaptation de l'Union Internationale contre la Tuberculose a défini la réadaptation: "un ensemble de moyens grâce auxquels un handicapé physique est rendu à un mode de vie utile à la Communauté". Ajoutons la notion d'indépendance retrouvée par l'ancien malade vis-à-vis de la Société qui l'a pris en charge pendant la durée de son arrêt de travail.

L'expression d'un économiste du XVIème siècle, inscrite en exergue de ce chapitre, résume bien cet aspect économique, social et simplement humain de la question comprise dans son acception la plus large.

Il est donc inutile de souligner l'importance du législateur dans l'expression pratique des mesures édictées au sujet de ces problèmes essentiellement humains. On a pu dire: "c'est par le soin qu'elle apporte à s'occuper de ses déshérités que l'on peut juger de la valeur morale d'une société".

Nous rappellerons tout d'abord les dispositions législatives générales concernant le Reclassement Professionnel. Puis nous étudierons plus spécialement les mesures pratiques intéressant les tuberculeux pulmonaires, d'une part, du point de vue collectif: l'organisation des Centres de Rééducation professionnelle, et, d'autre part, du point de vue individuel: les prestations et divers secours matériels apportés aux handicapés.

## I - LEGISLATION GENERALE CONCERNANT LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL.-

Le principe du Reclassement Professionnel des travailleurs handicapés a été inscrit dans l'ordonnance fondamentale du 4 octobre 1945 créant l'institution de la Sécurité Sociale.

"Il est institué une organisation de Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain."

La déclaration universelle des droits de l'homme, approuvée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée Générale des Nations Unies et ratifiée par la France, a élargi le cadre de ces principes à une conception d'ensemble du droit au travail dans une Société soucieuse d'assurer le développement harmonieux de tous ses membres. Nous relevons notamment dans les articles 22, 23, 25:

> "Toute personne, en tant que membre de la Société, a droit à la "Sécurité Sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des "droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité."
>
> "Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, "à des conditions équitables et satisfaisantes de travail."
>
> "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer "sa santé, son bien-être et ceux de sa famille; elle a droit à la "sécurité en cas de perte de ses moyens de subsistance par suite "de circonstances indépendantes de sa volonté."

Ces principes généraux ont été adaptés par l'ordonnance du 31 octobre 1945 relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose, notamment les articles 12 et 35 - 5°.

De nombreux textes législatifs ont, par la suite, précisé le droit des travailleurs à la réadaptation fonctionnelle et à la rééducation professionnelle. Nous devons citer tout particulièrement le décret n° 50.21 du 6 janvier 1950 (J.O. 8 janvier 1950)"relatif à l'adaptation et à la réadaptation professionnelles des tuberculeux et à l'organisation des Etablissements de Post-Cure", sur lequel nous reviendrons plus loin.

Le texte essentiel, actuellement en vigueur, en matière de reclassement professionnel, est constitué par la loi générale n° 57.1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés.

> "La présente loi a pour objet l'emploi de travailleurs handicapés "ou leur reclassement avec, outre la réadaptation fonctionnelle "déjà prévue, une réadaptation, une rééducation ou une formation "professionnelle."

Nous trouvons dans ce texte une définition du travailleur handicapé:

> "Toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver "un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance "ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales."

La loi stipule que la qualité de travailleur handicapé doit être reconnue par la Commission départementale d'Orientation des Infirmes, instituée par l'article 167 du Code de la famille et de l'Aide Sociale. Cette Commission donne un avis sur l'orientation professionnelle du handicapé et sur les "mesures à prendre pour favoriser son reclassement".

Les travailleurs peuvent bénéficier d'une aide financière sous forme de rémunérations, indemnités journalières, allocations, pendant toute la durée de la réadaptation professionnelle. Des arrêtés et décrets d'application ont précisé ces avantages: nous y reviendrons également.

Les entreprises, occupant plus de 5.000 ouvriers, doivent assurer le réentraînement au travail et la rééducation professionnelle de leurs malades et blessés après avis médical.

La loi impose, après la période de rééducation professionnelle, une priorité d'emploi et de placement des handicapés physiques de même que pour les mutilés et pensionnés de guerre, dans les limites d'un pourcentage fixé par arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Le décret du 26 juillet 1962 (puis l'arrêté du 20 novembre 1963) a fixé à 3% le pourcentage d'emplois réservés aux handicapés physiques. Ce pourcentage atteint 10% si l'on y ajoute les pensionnés de guerre également prioritaires d'emploi.

Par ailleurs, des mesures particulières concernant le licenciement ont été prévues pour les travailleurs les plus handicapés. Le degré d'infirmité est déterminé par la Commission Technique d'Orientation des Infirmes.

Il est prévu la création d'une Commission Départementale, spéciale de recours, chargée de statuer sur les contestations survenant dans l'application de la loi.

Le législateur a envisagé le cas particulier du travail à temps partiel ou à mi-temps, les emplois dits "légers" et les travaux effectués en atelier protégé ou à domicile avec le concours d'un centre de distribution du travail à domicile. Le salaire doit être proportionnel au rendement mais cependant non inférieur à un minimum fixé par décret.

Enfin, le dernier titre de la loi prévoit la création d'un Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des handicapés, ce Conseil est chargé de"réunir les éléments d'information sur les problèmes" de reclassement, de coordonner le "fonctionnement des organismes de recherches et d'expérimentation" en favorisant toute initiative qu'elle soit privée ou non.

La composition de ce Conseil et ses diverses attributions ont été précisées dans le décret du 3 août 1959.

## II - CENTRES DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE et SANATORIUMS de POST-CURE.-

L'organisation des Centres de Post-Cure de réadaptation Professionnelle a été envisagée dès 1946, en application de l'Ordonnance du 30 Octobre 1945. Mais le texte essentiel, qui a harmonisé la législation préexistante, est le décret n° 50 - 21 du 6 janvier 1950, "relatif à l'adaptation et à la réadaptation professionnelle des tuberculeux et à l'organisation des établissements de post-cure".

L'arrêté du 12 décembre 1959 a ensuite fixé "les conditions d'aménagement et de fonctionnement des établissements de post-cure pour tuberculeux et des ateliers visés au décret du 6 janvier 1950".

Les Centres de Rééducation Professionnelle en internat pour anciens tuberculeux pulmonaires sont fréquemment appelés Sanatoriums de post-cure avec réadaptation professionnelle. (Il peut s'agir de sections de Post-Cure annexées à un sanatorium de cure ou d'établissement autonome).

Ce terme exprime bien la double fonction de ces établissements. Ils comprennent d'une part, un service de surveillance médicale et phtisiologique, assuré le plus fréquemment par un médecin-directeur phtisiologue, assisté ou non d'un médecin-adjoint selon l'importance numérique de l'établissement. D'autre part, ces établissements comportent une section professionnelle fonctionnant comme un centre spécialisé pour handicapés de Formation Professionnelle d'adultes (F.P.A.), avec ses moniteurs et enseignants relevant du Ministère du Travail.

La destination particulière de ces centres impose une collaboration de ses deux composantes qui se traduit dans la pratique essentiellement par l'adaptation des programmes d'enseignement à un horaire progressif du travail des stagiaires. Ceux-ci sont soumis à des contrôles médicaux réguliers permettant de vérifier la bonne tolérance de cette reprise d'activités physiques.

La durée des stages sera donc un peu plus longue que dans les sections de Formations Professionnelles d'adultes normales. Elle varie de 1000 à 2000 heures suivant les métiers, ce qui représente une durée de formation totale de 11 à 15 mois en raison de l'étalement des horaires. Du fait de ses responsabilités plus grandes, le personnel enseignant des Centres est recruté avec des critères de sélection plus sévères que pour les sections non spécialisées pour handicapés.

Signalons également les examens de surveillance médicale assurés par les équipes médicales du Centre de Reclassement Professionnel et destinés à renforcer les liaisons entre ce Service et les établissements de Post Cure Professionnelle de la région parisienne. Cette activité s'est accrue en raison des dispositions du décret du 9.4.1960 étendant obligatoirement les règles de subsistance aux Centres de Rééducation Professionnelle.

Du point de vue professionnel, les centres de rééducation sont également en liaison avec le centre "LEVEILLE" par l'intermédiaire des rapports et fiches d'appréciation établis régulièrement au cours de la formation professionnelle.

La liste des Centres de Post-Cure professionnelle pour tuberculeux pulmonaires (à l'exclusion des sections de réentraînement à l'effort et d'enseignement général) est donnée ci-après:

- Maison de Post-Cure du Sanatorium de Mangini - Ecole d'infirmières Hauteville (Ain)
- Post-Cure du Sanatorium de Chantoiseau - Briançon (Hautes Alpes)
- Centre de Rééducation Professionnelle - Petite Route d'Aubagne - La Rouguière - Saint-Marcel - Marseille IIème (Bouches du Rhône)
- Centre de Post-Cure et de Rééducation Professionnelle
  9, Bd de la Présentation - La Rose - Marseille 13ème (Bouches du Rhône)

- Centre de Post-Cure de Saint Estève - Le Tholonet (Bouches du Rhône)
- Post-Cure de "l'Espérance" - Chemin des Cauvelles
  Allauch (Bouches du Rhône)
- Ecole Saint-Benoit - 54, Rue Saint Loup - Bayeux (Calvados)
- Centre de Rééducation en Post-Cure - Cité sanitaire de Clairvivre
  (Dordogne)
- Centre de Cure et de Rééducation - "La Pignada" - Lege (Gironde)
- Post-Cure de Villandry
  Annexe du Sanatorium de la Croix-Montoire (Indre et Loire)
- Home Saint-Léon - Post-Cure pour convalescentes
  La Hoube par Dabo (Moselle)
- Centre de Réadaptation au travail pour convalescents
  Plappeville-les-Metz (Moselle)
- Centre de Rééducation en Post-Cure du Sanatorium Départemental de
  Felleries Liessies par Solre le Château (Nord)
- Centre de Post-Cure "Albert Calmette"
  Bd du Professeur Jules Leclerc - Lille (Nord)
- Centre de Post-Cure du Sanatorium d'Aressy - Chateau d'Aressy
  Aressy-Bizanos (Basses Pyrénées)
- Centre de Post-Cure du Sanatorium du "Pic du Midi"
  Jurançon (Basses Pyrénées)
- Maison de Post-Cure sanatoriale de Betterette
  à Gelos (Basses Pyrénées)
- Centre Hélio-climatique de la Cerdagne française
  Les Escaldes (Pyrénées orientales)
- Centre de Rééducation Professionnelle "Le Parc"
  Osseja (Pyrénées Orientales)
- Centre de Rééducation en Post-Cure "Laënnec"
  Irigny (Rhône)
- Sanatorium de Post-Cure "La Passerane"
  Passy (Haute Savoie)
- Maison de Post-Cure - Chateau de Nanteau s/ Lunain (Seine-et-Marne)
- Centre "Félix Esclangon" - Bouffémont (Seine-et-Oise)
- Centre de Post-Cure et de Rééducation Professionnelle
  Coubert (Seine-et-Marne)
- Centre de Rééducation - Chateau de Beauvoir
  Evry-Petit-Bourg (Seine-et-Oise)
- Centre "Jean Moulin" - Fleury Mérogis (Seine et Oise)

- Centre de Post-Cure et de Réadaptation Professionnelle "Belle Alliance" 8, rue des Ecoles - Groslay (Seine-et-Oise)
- Centre de Rééducation Professionnelle 14, rue du Lieutenant Baudé - Saint-Martin du Tertre (Seine-et-Oise)
- Centre de Post-Cure - Château de Sillery par Epinay s. Orge (Seine-et-Oise)
- Centre de Rééducation Professionnelle Castel Pomponiana - Hyères (Var)

Certains établissements font une réadaptation professionnelle intégrée dans la phase de soins (Villandry).

La capacité totale des sections de réadaptation professionnelle des sanatoriums de post-cure est d'environ 2000 lits.

Quelques centres de rééducation professionnelle établis en région urbaine sont organisés en externat. Cette formule convient particulièrement aux candidats stagiaires un peu plus âgés ou chargés de famille pour qui la vie en collectivité fermée et la séparation prolongée du milieu familial peuvent être d'acceptation difficile.

Les métiers enseignés dans ces centres sont presque aussi variés que ceux proposés en centre d'internat. Cependant l'admission dans les centres d'externat sera soumise à des exigences médicales plus strictes que dans les centres de Post-cure. Le candidat devra en effet faire preuve d'une meilleure adaptation à l'effort pour supporter les fatigues du "trajet" et, pour les femmes, éventuellement le surcroît de travail ménager à domicile; on a d'ailleurs cherché à aider au maximum ces sujets par la création de Centres d'hébergement et l'attribution d'aides familiales.

Les centres de rééducation professionnelle en externat pour la région parisienne sont les suivants:

- Centre de Rééducation et de Perfectionnement Professionnel "Suzanne Masson" - 39, Av. du Docteur Arnold Netter - Paris 12ème
- Centre de Rééducation Professionnelle "Vivre" 54, Avenue F.V. Raspail, Arcueil (Seine) (qui possède aussi une section d'hébergement)
- Centre de Rééducation Professionnelle "Auxilia" 1, rue Pierre Brossolette, Levallois (Seine)

Le choix des métiers enseignés qui va conditionner l'élaboration des programmes et l'ouverture des sections est déterminé en fonction, d'une part, des débouchés de main-d'oeuvre dans les divers secteurs industriels et d'autre part, des aptitudes des anciens malades.

A côté des sections professionnelles proprement dites, des sections d'enseignement général ont été créées en nombre plus important pour pallier le faible niveau scolaire des candidats. Les connaissances de base deviennent en effet indispensables pour un apprentissage quelque peu technique et de plus en plus qualifié. Ces sections "préparatoires" ont de plus l'intérêt de permettre une observation du candidat à la fois du point de vue médical et psychologique (aptitude physique et comportement en collectivité) que du point de vue psychotechnique (dispositions et "motivation") vis à vis du futur métier.

Les métiers enseignés se répartissent par branche professionnelle de la manière suivante:

- Métallurgie, mécanique générale:
  - tournage, fraisage, ajustage,
  - mécanique auto,
  - tôlerie (mobilier métallique)

- Radio électricité:
  - cablage, soudage, bobinage électrique,
  - radio-télévision,
  - ajustage, montage d'équipages,
  - dépannage matériel électronique,
  - ajustage électro-mécanique

- Emplois de bureau:
  - employé de bureau,
  - sténo-dactylographie,
  - secrétariat médical, secrétariat commercial,
  - comptabilité,
  - dessin industriel: mécanique générale, radio et matériel électronique

- Textiles-vêtements:
  - mécanicienne en confection, lingerie, flou et bonneterie,
  - lingerie collectivités,
  - coupe, couture, mesure flou,

- Professions médicales et para-médicales:
  - infirmières et infirmières sanatoriales,
  - aides-soignantes,
  - laborantines

- Bâtiment:

  . monteur électricien
  . dessinateur
  . aide-mètreur
  . facturier-dépensier

- Divers:

  . optique, lunetterie,
  . prothèse orthopédique,
  . menuiserie-ébénisterie,
  . horlogerie,
  . photographie

- Professions agricoles:

  . horticulture, floriculture,
  . jardinage quatre branches.

L'admission dans les centres de rééducation est prononcée sur avis de la Commission Technique d'Orientation des Infirmes après examen du bilan médical, psychotechnique et social du candidat.

La rééducation professionnelle en centre de post-cure est particulièrement utile pour les sujets âgés de plus de 40 ans. Aucun apprentissage chez l'employeur n'est en effet autorisé après cette limite d'âge. Mais le reclassement professionnel sera aussi plus délicat et complexe dans ces cas. De nombreux établissements de post-cure professionnelle imposent d'ailleurs une limite d'âge inférieure (30 - 35 ans) à l'entrée de certaines sections. Le choix des métiers est donc beaucoup plus restreint pour les candidats plus âgés.

Enfin, à la sortie des établissements de Post-Cure, le placement des stagiaires est assuré par les services départementaux de main-d'oeuvre du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale en collaboration avec tous les organismes intéressés. A Paris, les prospecteurs-placiers de la Caisse participent largement à cette activité.

## III - PRESTATIONS ET PRIME DE RECLASSEMENT.-

Les caisses de Sécurité Sociale versent des prestations en espèces aux stagiaires en cours de rééducation professionnelle à plusieurs titres.

Les prestations légales correspondent à l'indemnité journalière des assurés en maladie de longue durée et à la pension dont bénéficient les malades à l'invalidité.

- L'article 289 du Code de Sécurité Sociale dispose que l'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de la reprise de travail pendant une durée fixée par la Caisse, mais ne pouvant excéder d'un an le délai de 3 ans prévu à l'alinéa I du même article - soit si la reprise de travail et si le travail effectué sont reconnus de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré - soit si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé;

- L'article 62 du R.A.P. du 29.12.1945 stipule qu'en cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité pour des motifs administratifs ou médicaux, la Caisse Régionale peut maintenir à l'invalide qui fait l'objet d'un traitement, suit des cours ou effectue un stage, en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle, pendant toute la durée de ses cours ou stage, une fraction de la dite pension qui peut atteindre 50%. A l'issue des dites mesures, la Caisse Régionale peut également maintenir la même fraction de pension pendant une durée qui ne peut excéder 3 ans.

Nous constatons ici l'incidence pratique d'un signalement précoce afin de permettre le déroulement de toutes les diverses phases du traitement puis du reclassement professionnel dans le délai de 3 ans ou au maximum 4 années dans certains cas.

L'indemnité journalière, l'allocation mensuelle ou la pension d'invalidité est intégralement maintenue sans réduction à l'assuré en rééducation; la rente de l'ouvrier rééduqué ne peut être réduite du fait de l'exercice de la nouvelle profession.

Si elle est inférieure au salaire minimum du manoeuvre de la profession, en vue de laquelle la victime est réadaptée, celle-ci reçoit à défaut de rémunérations un supplément à la charge de la Caisse. Ces prestations supplémentaires sont attribuées sous réserve d'une enquête sociale. Elles sont destinées à porter le montant des ressources du rééduqué au salaire minimum mensuel de la catégorie professionnelle du métier appris.

D'autre part, le complément d'indemnités est maintenu pendant certaines interruptions de stage: congés réguliers prévus par le règlement de l'établissement de rééducation, accident ou maladie du stagiaire.

On peut regretter le manque d'uniformité géographique du montant des indemnités supplémentaires, le calcul est en effet basé sur un salaire minimum variable selon le lieu de travail de l'assuré et non sur un salaire de base national.

En fin de rééducation et en vue de faciliter son reclassement, l'assuré peut prétendre à une prime de reclassement (décret du 24 novembre 1962). Si le stage s'est effectué dans des conditions satisfaisantes et après avis favorable du chef d'établissement, le dossier doit être déposé au plus tard un mois après la fin de stage au secrétariat de la Commission départementale d'Orientation des Infirmes.

Le montant de la prime est fixé par la Caisse en fonction des ressources dont peut disposer le bénéficiaire et peut varier entre 3 et 8 fois le salaire de base de l'indemnité journalière.

Le décret du 22 septembre 1964 a prévu l'octroi de prêt d'honneur aux travailleurs handicapés à l'issue du stage de rééducation professionnelle. Les intéressés doivent déposer leur demande au secrétariat de la Commission départementale d'Orientation des Infirmes. La Commission soumet la demande, avec son avis motivé, au Ministre du Travail qui décide de l'attribution.

Le prêt d'honneur doit être obligatoirement affecté à l'achat ou à l'installation de l'équipement nécessaire à l'exercice de la profession indépendante vers laquelle le travailleur handicapé a été dirigé. Le prêt est consenti pour une durée maximum de 20 ans. Le montant en est fixé dans la limite de 180 fois le plafond du salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière.

Nous devons signaler ici l'action complémentaire du service social du reclassement professionnel, à cette règlementation.

L'assistante sociale spécialisée peut en effet provoquer l'attribution d'une aide financière à certains handicapés momentanément en difficultés, soit du point de vue familial, soit personnellement si l'attente avant l'entrée en stage a été un peu prolongée, soit encore à la sortie du centre pour pallier le manque de rémunération pendant le premier mois de travail. Ces secours seront accordés dans des cas précis et sur enquête sociale très détaillée justifiant la demande auprès de l'aide sociale ou du Fonds de Secours des Caisses.

# DEUXIEME PARTIE

## STRUCTURE DU CENTRE "ANDRE LEVEILLE"

Le Centre "André LEVEILLE" regroupe, depuis Avril 1958, dans les locaux de la Caisse Primaire Centrale, 7 rue du Château d'Eau, Paris Xème, trois services de reclassement professionnel intéressant:

- La Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne (C.P.C.S.S.R.P.)
- La Direction de l'Hygiène Sociale (ancien O.P.H.S.) de la Préfecture de la Seine
- L'Inspection du Travail et de la Main d'Oeuvre.

Ces services ont été réunis conformément aux circulaires ministérielles sur l'organisation du Reclassement Professionnel des Handicapés. Le fichier central commun concrétise et renforce l'unité d'action des trois Organismes intéressés à la réinsertion dans la population active du travailleur "diminué physique".

### I - CENTRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL de la CAISSE PRIMAIRE CENTRALE de SECURITE SOCIALE

Le Centre de Reclassement Professionnel reçoit les demandes de reclassement émanant d'assurés sociaux ou "ayants droit" dont l'état physique, après l'épreuve de la maladie ou de l'accident, nécessite une réadaptation professionnelle au travail. Il peut s'agir d'un simple réentrainement progressif à l'effort. Dans d'autres cas, une réadaptation complète à un métier différent de la profession antérieurement exercée est nécessaire. Le nouveau métier devra correspondre aux nouvelles capacités de l'intéressé en fonction des indications et contre-indications médicales.

La demande de reclassement peut être formulée par l'assuré lui-même qui se présente directement au Centre, par un Service Social auquel le handicapé a déjà eu recours, ou par un établissement de soins dans lequel il est traité.

Les sources du "signalement" au Centre de Reclassement émanent également:

- pour les assurés invalides, de la Caisse Régionale de Paris, branche Invalidité,
- pour les bénéficiaires des assurances maladies, accidents du travail ou maladies professionnelles,
  - soit des Centres de Paiement des prestations de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale (Seine, Seine-et-Oise)
  - soit des Caisses "de subsistance" lorsque le malade est traité ou réside momentanément en province.

La "prise en charge" du Reclassement Professionnel est en effet réalisée au titre des différentes assurances ou "risques":

- Assurance Maladie
- Assurance Invalidité
- Accidents du Travail ou Maladies Professionnelles.

MODALITES DU SIGNALEMENT PAR LES DIVERS ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Le signalement se fera d'une manière légèrement différente selon l'âge de l'assuré: inférieur ou supérieur à 45 ans. Cette limite d'âge a été fixée en fonction des possibilités moyennes d'acquisition dans le domaine de la rééducation professionnelle. Elle n'est pas absolue et toujours soumise à l'appréciation des Médecins Conseils selon les cas particuliers. Elle pourra également être sensiblement abaissée pour certains métiers réclamant un automatisme plus poussé et difficile à acquérir dans le cadre d'une formation professionnelle accélérée.

Ainsi, en général, pour les assurés de moins de 45 ans, lorsque la rééducation professionnelle est envisagée, le Centre de Paiement correspondant adresse au Centre de Reclassement:

- le signalement de l'intéressé (assuré ou ayant-droit)
- un dossier médical, sous pli fermé, établi par le Contrôle Médical du Centre de Paiement, et comprenant:
  - les résultats d'examens cliniques spécialisés (selon les cas: phtisiologiques, psychiâtriques, cardiologiques, ophtalmologiques, etc...)

. les résultats d'examens complémentaires (laboratoire, radiologiques) avec les documents graphiques correspondants, ceux-ci étant renvoyés, après consultation, dans les 20 jours suivants.

- les renseignements administratifs concernant la situation de l'intéressé du point de vue des prestations notamment.

La communication du dossier complet d'une part évite la répétition des examens médicaux et, d'autre part, sur le plan administratif, permet, en particulier aux psychotechniciens, d'orienter la recherche d'une solution de reclassement selon la situation des intéressés.

Pour les assurés de plus de 45 ans, la situation administrative de l'intéressé n'intervient généralement pas dans les modalités de son reclassement professionnel. En effet, la rééducation professionnelle n'est plus envisagée et il s'agira surtout pour le Centre de Reclassement de faire une recherche d'emploi et un placement direct dans une entreprise.

Le Contrôle Médical du Centre de Paiement de l'assuré envoie dans ce cas directement le dossier médical au Centre de Reclassement sans passer par le Service Administratif.

## II - SERVICE de READAPTATION PROFESSIONNELLE DEPENDANT de la DIRECTION de l'HYGIENE SOCIALE de la PREFECTURE de la SEINE

La création de ce service a été réalisée dans un but prophylactique vis-à-vis des tuberculeux du département de la Seine.

Il a pour mission d'assurer la liaison des différents dispensaires de lutte antituberculeuse dans le cadre du département.

Dans le Centre de la rue du Château d'Eau, ce service a un rôle de spécialiste, chargé des bilans médico-sociaux phtisiologiques, et contribue à l'extérieur à la liaison soit avec les différents dispensaires, soit avec les établissements de soins.

La Direction de l'Hygiène Sociale a ses médecins spécialistes détachés au Centre, ainsi que son Service Social, mais a recours au Service Psychotechnique et au Service de Placement communs au Centre de Reclassement.

Un membre de la Direction de l'Hygiène Sociale siège à la Commission Technique d'Orientation.

Les demandes de reclassement professionnel reçues par la Direction de l'Hygiène Sociale aboutissent au fichier commun et seront étudiées selon le même processus que celles adressées à un service de Sécurité Sociale.

Pour les tuberculeux non assurés sociaux, la prise en charge des frais de rééducation réadaptation est effectuée grâce à:

- l'Aide Sociale
- ou aux fonds du Comité du Timbre Antituberculeux (66, Boulevard Saint-Michel, Paris Vème).

La Direction de l'Hygiène Sociale fait également appel à ces organismes pour toute aide pécuniaire jugée opportune par son Service Social.

## III - SERVICE DE MAIN D'OEUVRE du MINISTERE du TRAVAIL

Il intéresse les handicapés non pris en charge par la Sécurité Sociale; son action est identique à celle de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale.

Les signalements sont faits par des médecins du Travail, des services sociaux, ou directement par des bureaux de Main d'Oeuvre locale (B. M. O.).

Les demandeurs d'emploi, inscrits dans ces bureaux, peuvent bénéficier des indemnités de chômage, et, s'ils ne paraissent pas aptes médicalement à un emploi immédiat, faire l'objet d'une demande de reclassement professionnel au Centre de la rue du Château d'Eau.

Une assistante sociale de la Main d'Oeuvre fait une enquête afin de préciser d'une part leurs droits administratifs à une éventuelle prise en charge en rééducation, et d'autre part, leur degré de qualification professionnelle, ceci avec l'aide du Service Psychotechnique.

Les intéressés de moins de 45 ans n'ayant pas de métier qualifié pourront, dans certains cas, bénéficier d'une rééducation-réadaptation.

Pour ceux qui ont déjà une qualification, la limite d'âge est moins stricte: il s'agira souvent d'un "réentrainement à l'effort".

Enfin, pour les sujets non qualifiés professionnellement et ayant plus de 45 ans, les recherches du Centre de Reclassement s'orientent vers une recherche d'emploi, après déclaration d'aptitude au travail du service médical.

Dans tous les cas, la décision appartient à la Commission Technique d'Orientation (C.T.O.) dès que le dossier a été complété par les services intéressés.

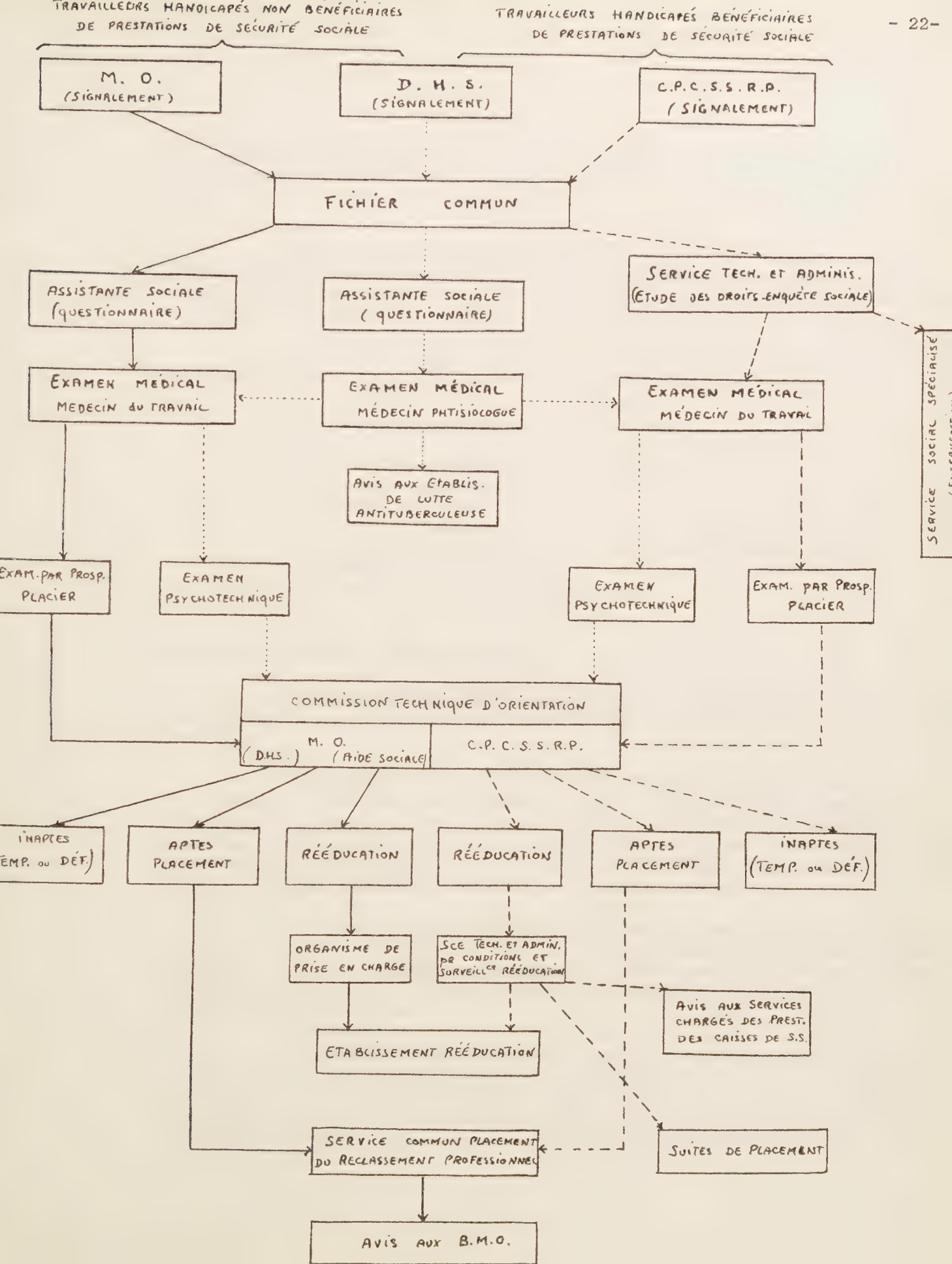
L'intérêt du fichier numérique commun est ici de s'assurer qu'une demande de reclassement n'a pas déjà été formulée par le même sujet.

Les décisions de la C.T.O. sont ensuite communiquées au bureau de Main d'Oeuvre qui a effectué le signalement.

Les dossiers étudiés par le Service de Main d'Oeuvre qui possède ses propres médecins et psychotechniciens, suivent le même circuit d'examens que ceux des Services de la Caisse Primaire et ceux de la Direction de l'Hygiène Sociale.

Ces trois services de Reclassement aboutissent soit au Service Placement qui est commun, soit à l'orientation vers les Centres de Rééducation qui sont également communs.

Le circuit des examens effectués au Centre André Léveillé est résumé dans le schéma suivant.


TRAVAILLEURS HANDICAPÉS NON BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE
TRAVAILLEURS HANDICAPÉS BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE
M. O. (SIGNALEMENT)
D. H. S. (SIGNALEMENT)
C.P.C.S.S.R.P. (SIGNALEMENT)
FICHIER COMMUN
ASSISTANTE SOCIALE (QUESTIONNAIRE)
ASSISTANTE SOCIALE (QUESTIONNAIRE)
SERVICE TECH. ET ADMINIS. (ETUDE DES DROITS-ENQUÊTE SOCIALE)
SERVICE SOCIAL SPÉCIALISÉ
EXAMEN MÉDICAL MÉDECIN DU TRAVAIL
EXAMEN MÉDICAL MÉDECIN PHTISIOLOGUE
EXAMEN MÉDICAL MÉDECIN DU TRAVAIL
AVIS AUX ÉTABLIS. DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE
EXAM. PAR PROSP. PLACIER
EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE
EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE
EXAM. PAR PROSP. PLACIER
COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION
M. O. (D.H.S.) (AIDE SOCIALE)
C.P.C.S.S.R.P.
INAPTES (TEMP. ou DÉF.)
APTES PLACEMENT
RÉÉDUCATION
RÉÉDUCATION
APTES PLACEMENT
INAPTES (TEMP. ou DÉF.)
ORGANISME DE PRISE EN CHARGE
SCE TECH. ET ADMIN. PR CONDITIONS ET SURVEILLCE RÉÉDUCATION
AVIS AUX SERVICES CHARGÉS DES PREST. DES CAISSES DE S.S.
ETABLISSEMENT RÉÉDUCATION
SERVICE COMMUN PLACEMENT DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL
SUITES DE PLACEMENT
AVIS AUX B.M.O.

## FONCTIONNEMENT GENERAL DU CENTRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Nous venons de voir que le centre réalise un "complexe" de services, individualisés par leur rôle respectif, mais solidaires et complémentaires les uns des autres, avec un but commun d'action: la réinsertion socio-professionnelle du handicapé physique dans la population active.

Nous allons étudier successivement chacun de ces services en suivant le cheminement du dossier "type" d'un tuberculeux pulmonaire.

Les différents services intéressés seront:

1) le service technique et administratif
2) le service médical
3) le service psychotechnique
4) le service social
5) la Commission technique d'Orientation Professionnelle
6) le service de placement
7) la surveillance post-placement.

SERVICE TECHNIQUE et ADMINISTRATIF.-

C'est en quelque sorte le secrétariat du Centre et la plaque tournante qui assure la liaison avec les autres services. Son rôle est multiple.

- En premier lieu, le "service technique" centralise toutes les demandes de reclassement professionnel. Il contrôle les dossiers déja constitués dans les centres payeurs ou les établissements de cure, et les signalements individuels. La vérification des éléments administratifs du dossier est essentielle avant toute autre opération pour préciser les droits de l'intéressé et faciliter son orientation finale.

- Le service technique déclenche ensuite les différentes opérations destinées à compléter le dossier: examens médicaux, sociaux, professionnels et psychotechniques, dont les résultats seront confrontés et les choix qui en découlent discutés au cours de la Commission Technique d'Orientation Professionnelle.

Chaque opération effectuée au Centre A. LEVEILLE, soit par l'intéressé, soit par l'un des services du Centre, soit encore par des services extérieurs, est inscrite sur une fiche prévue à cet effet. Une fiche d'échéance lui est adjointe afin de surveiller la progression des démarches réalisées en vue du reclassement de l'assuré et d'éviter ainsi toute perte de temps.

Une fois les examens et résultats de contrôle réunis, l'agent technique qui en a assuré la surveillance fait une dernière vérification du dossier et un rapide bilan sur un document approprié destiné à la C.T.O.

- Par ailleurs, le service technique recueille les informations nécessaires sur les Centres de rééducation professionnelle, en particulier:

. métiers enseignés
. indications et contre-indications, selon l'apprentissage
. durée des stages et conditions d'admission
. date des entrées en sections professionnelles et capacité des stages
. degré de qualification obtenu en fin de stage.

Le service technique informe la C.T.O. des possibilités d'admission pour une branche professionnelle donnée. Les délais d'entrée en rééducation interviennent également dans la décision de la C.T.O.

Enfin, l'orientation d'un sujet vers un centre à régime d'internat ou dans un externat nécessite la discussion de nombreux éléments médicaux et sociaux selon les cas présentés.

Nous ne reviendrons pas sur le fonctionnement des centres de rééducation qui a été étudié dans la première partie de ce travail. Notons ici seulement que l'organisation des centres de rééducation est assez souple pour suivre l'évolution du marché du travail et transformer les sections professionnelles selon les besoins.

Le service technique est également en liaison avec les établissements de cure et de post-cure dite "simple" ou d'enseignement général.

- La décision prise à la réunion de la Commission Technique d'Orientation est ensuite appliquée par les soins du service technique. Celui-ci se met en relation avec les centres de rééducation intéressés et assure l'entrée du candidat dans la section prévue. Par ailleurs, le service technique avise les centres de paiement des solutions adoptées, afin de contrôler la prise en charge de la rééducation et permettre éventuellement l'attribution de prestations supplémentaires.

Pendant toute la durée des stages, le service reste en relation avec les centres de rééducation. Les fiches d'appréciation, rapports et notes professionnelles, observations médicales, sont transmises aux services psychotechnique et médical. Ces informations peuvent déclencher une nouvelle décision de la C.T.O. qui statue sur la poursuite ou non du stage lorsque l'indication était "limite", ou sur le transfert dans une autre section professionnelle.

- A la sortie du stage le service technique met en relation l'assuré avec le service placement s'il y a lieu. Il vérifie les bonnes conditions de reprise de travail en coordonnant les contrôles dits "suites de placement" réalisés en particulier par les services sociaux et médicaux du travail.

- Enfin, le service technique et administratif établit des statistiques permettant d'une part de définir le rôle du Centre vis-à-vis des autres Organismes de Sécurité Sociale dans une perspective économique plus générale et, d'autre part, de contrôler l'efficacité du reclassement.

II - EXAMEN MEDICAL.-

L'examen médical des anciens tuberculeux pulmonaires candidats au reclassement professionnel est double.

Tout d'abord examen par un médecin phtisiologue. Pour tous les malades domiciliés dans le département de la Seine, le phtisiologue appartient à la Direction de l'Hygiène Sociale. Ainsi se trouve établie dès le départ la liaison avec les services de Prophylaxie.

Le phtisiologue doit établir le bilan de stabilisation ou de guérison de la tuberculose. Les critères traditionnels bactériologiques (bacilloscopies négatives à la culture) et radiologiques (aspect cicatriciel des images) sont appréciés avec l'épreuve du temps et dans le contexte physio-pathologique autant que médico-social de l'intéressé. Il convient de se rappeler que la guérison clinique ne correspond pas d'une manière formelle à la guérison anatomique.

Le médecin peut, dès cette première étape arrêter le dossier s'il juge le candidat encore "en évolution", ou"non consolidé" ou "non reclassable". S'il conclut à la stabilisation, le phtisiologue devra apprécier l'élément physique et mental du handicap du tuberculeux guéri et son aptitude éventuelle à la reprise de travail immédiat, normal ou dans certaines conditions (mi-temps, atelier protégé, ou horaires progressifs en centres spécialisés).

La seconde partie de l'examen médical est réalisée par un médecin du travail, averti des problèmes de reclassement professionnel des diminués physiques adultes.

Notons à ce sujet que l'avis d'un médecin-conseil de centre payeur de Sécurité Sociale ne saurait suffire comme examen médical de départ pour un reclassement professionnel, car il faut ici dépasser largement les préoccupations habituelles de la médecine de soins.

L'examen médical de reclassement s'applique à l'étude des capacités physiques restantes du handicapé en regard de son ancienne profession d'abord, puis les autres métiers éventuels, susceptibles d'être appris en rééducation professionnelle.

Très fréquemment il est fait appel à divers spécialistes èn particulier: neuro-psychiâtre, ophtalmologiste, cardiologue, rhumatologue, qui préciseront certaines déficiences associées pouvant intervenir dans le choix d'un apprentissage ou plus simplement dans l'adaptation d'un poste de travail.

Les résultats de l'examen médical sont notés dans un dossier médical dont le modèle est reproduit ci-après; des intercalaires sont prévus pour la surveillance médicale ultérieure de l'assuré. Le praticien rédige également une fiche non médicale (fiche modèle "C" du Ministère du travail ou fiche médicale - reproduite ci-après) destinée aux psycho-orienteurs et les autres techniciens, en particulier prospecteurs-placiers consultés à la Commission Technique d'Orientation; les conclusions médicales précisent:

- le profil des aptitudes résiduelles du sujet,
- les inaptitudes professionnelles,
- les propositions médicales de reclassement professionnel.

La proposition médicale de rééducation professionnelle se fera donc dans les circonstances suivantes:

1 - en cas d'inaptitude absolue à la reprise de l'ancien métier
2 - en cas d'inaptitude relative à l'exercice de l'ancien métier si

- le métier d'orientation est d'une qualification professionnelle plus élevée et convient mieux médicalement que l'ancienne activité professionnelle,
- le handicapé est non qualifié professionnellement (manoeuvre ou niveau O.S.) et paraît présenter les aptitudes psychotechniques requises pour un nouveau métier.

3 - en cas même d'inaptitude temporaire à l'ancien métier et relevant de ce fait d'une simple prolongation de la durée des soins ou d'une période de réentraînement à l'effort, si:

- le handicapé, comme précédemment, n'est pas qualifié professionnellement,
- s'il est qualifié mais dans un métier n'offrant que des débouchés très aléatoires dans le marché du travail,
- si la durée de convalescence ou le temps de réadaptation encore nécessaire, justifié sur le plan médical, est équivalent à celui d'une rééducation professionnelle.

# D O S S I E R  M E D I C A L

## D E  R E C L A S S E M E N T  P R O F E S S I O N N E L

NOM .....
(en lettres capitales)
Prénoms .....

N° d'immatriculation

Date de naissance: ..... Sexe .....

Domicile personnel habituel: .....
.....
.....
.....

ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

I. SECURITE SOCIALE
lre constat. médicale (date):
Bénéficiaire ( A Ma. C MLD E Art. 30 )
Risques ( INV. A.T. M.P. )
( AMG )

2. AIDE SOCIALE ( Aide aux infirmes )

3. ANCIENS COMBATTANTS:
Pension militaire: ..... % .....

4. Organismes divers (lequel).....

---

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS:
Métiers antérieurs (nature et qualification, OS.1 - OS.2 - P.1 - P.2 - P.3) .....
.....
Dernier emploi (nature, dates): .....
ANTECEDENTS FAMILIAUX: .....
ANTECEDENTS PERSONNELS (préciser dates hospitalisations et nature interventions) .....
.....
.....
.....
Situation militaire (S. armée S. X. pension)

---

NATURE de la maladie motivant le reclassement professionnel et description éventuelle de (ou des) l'infirmité : .....
.....
.....
.....
.....

---

Taille:..... Poids: ..... Etat général: .....

| | AUDITION | | | VISION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | non corrigée | corrigée | | sans correction | avec correction | Couleurs ..... |
| OD. | ..... | ..... | de loin (OD. | ..... | ..... | Etat du champ visuel |
| OG. | ..... | ..... | )OG. | ..... | ..... | ..... |
| | | | de près (OD. | | | Fatigabilité ..... |
| | | | )OG. | | | |

Dents: .....
Sudation manuelle (de façon habituelle): .....
Téguments: .....

PNEUMOLOGIE ET TUBERCULOSE

Cuti-réaction et date de virage de cuti: .....
Evolution (comportant obligatoirement les dates et lieux d'hospitalisation) :

.....
.....

P.N.O. ou autres interventions (dates) :

| à droite | à gauche |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

ANTIBIOTIQUES (Doses, rythme, durée. - Préciser date de fin du traitement ou en cours)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ETAT ACTUEL

Poids: ..... Taille: .....
Taux: ..... Expectoration: .....
Dernier examen bacillifère le ..... Nature .....
Dernier examen non bacillifère le ..... Nature .....
Vitesse de sédimentation: .....
Autres localisations tuberculeuses .....
.....
.....
.....
.....
Capacité fonctionnelle respiratoire: .....

Dyspnée: Repos ..... Effort .....

Temps d'apnée volontaire (en inspiration .....
(en expiration .....

APTITUDE AU TRAVAIL

Temps complet: .....
Temps partiel (durée) .....

INAPTITUDE AU TRAVAIL

.....
.....
.....
.....
.....

Clichés radiologiques

Début (date) .....

Actuel (date) .....

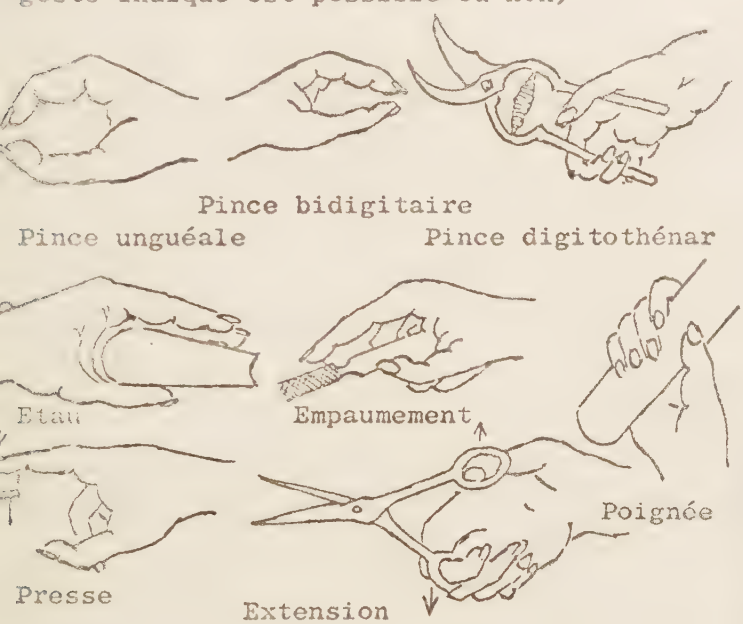
Pneumologie non tuberculeuse

## APPAREIL MOTEUR

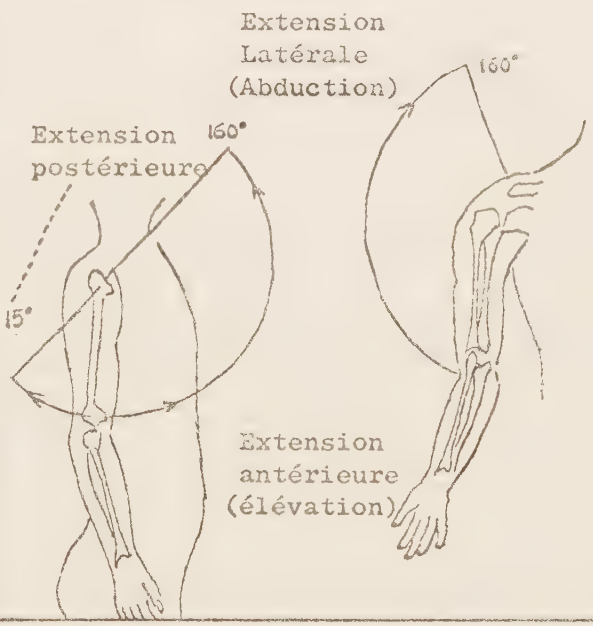
Diagnostic actuel précis et détaillé (ankyloses et ses caractères) .....
.....
.....
Interventions et dates: .....
.....
.....
Membres inférieurs (La marche est-elle possible ? ..... facile ? .....
)La station debout est-elle supportée ? .....
(Combien de temps ? .....
Membres supérieurs : Maladresse dans les mouvements ? .....
Possibilité d'effort ? ..... Combien de kilogs peuvent être soulevés ? .....
Appareillage actuel : ..... Convient-il professionnellement ? .....
Présence de troubles trophiques, d'escarres, d'ulcérations, de fistules, de troubles des sphincters : .....
Depuis quand l'intéressé est-il considéré comme consolidé ? .....
Taux d'I.P.P.: .....

## SCHEMAS A COMPLETER

La main (préciser par + ou par - si le geste indiqué est possible ou non)




L'épaule (compléter les schémas pour préciser l'angle d'extension)




## APPAREIL CIRCULATOIRE

Diagnostic précis et détaillé et évolution de la maladie causale : .....
.....
.....
.....
Interventions et dates: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Signes d'insuffisance cardiaque:
Dyspnée d'effort: .....
Autres signes: .....
Auscultation: .....
T.A. ..... Pouls ( au repos: .....
) à l'effort: .....
Varices: .....
Radio: .....
Vitesse de sédimentation: .....
Electro: .....
.....
.....
.....

APPAREIL GENITO-URINAIRE.- Diagnostic (interventions et dates) : .....

Règles: ..... Pus: ..... Albumine: ..... Sucre: .....

---

ABDOMEN.- Estomac, intestin, foie.- Parois, hernies, ptoses.- Diagnostic (interventions et dates) : .....
.....

---

PSYCHISME.- Symptômes et éventuellement diagnostic : .....
.....
Pronostic : .....
Niveau mental: .....
Comportement psycho-social : .....

---

SYSTEME NERVEUX.- .....
.....
.....
Réflexes tendineux: ..... Réflexes oculaires: .....
Tremblements: ..... Equilibre : ..... Troubles sensibilité ..
Epilepsie: crises - fréquence - diurnes - nocturnes avec ou sans aura : .....
.....
Traitement actuel et efficacité: .....
.....
E.E.G. : .....
.....

---

AUTRES APPAREILS (ganglions) : .....
.....
.....

---

INTOXICATIONS DIVERSES.- (maladies professionnelles, éthylisme).

.....
.....

---

EXAMENS DE LABORATOIRE.- (hématologie, temps de saignement, urée, sucre, albumine, etc.)

.....
.....

---

CONCLUSIONS GENERALES: .....
.....
.....
.....
.....
.....

( NOM: .....
Médecin ) (en caractères d'imprimerie)
( Signature :

..... le ..... 196

# PROPOSITIONS DU MEDECIN

*concernant le reclassement professionnel*

| CODE | |
|---|---|
| Risques | |
| Séquelles fonctionnelles | |
| Maladie professionnelle | |

Nom : _____ Prénom _____

Né le _____

Ancien métier *(ou dernier emploi)* _____

1°) Traitements en cours ou préconisés :

Rééducation fonctionnelle _____

- nature _____
- durée _____ fin prévue le _____

Appareillage _____ lequel _____

Post-cure simple _____ durée _____ fin prévue le _____

Réentrainement au travail _____

- nature _____
- durée _____

2°) L'intéressé peut-il reprendre son métier *(ou son dernier emploi)* indiqué ci-dessus : _____

- dans l'affirmative, à quelle date _____
- dans la négative, indiquer les motifs _____

3°) L'inaptitude médicale à la reprise de l'ancien métier *(ou dernier emploi)* est-elle :

- absolue ☐ \
- relative ☐ } préciser les motifs et, le cas échéant, la durée : _____
- définitive ☐ }
- temporaire ☐ /

4°) Envisagez-vous un placement direct dans un autre métier _____

Donnez dans l'ordre de préférence quelques exemples de postes susceptibles d'être occupés :

_____

_____

5°) Envisagez-vous une rééducation professionnelle *(l'intéressé étant inapte à son ancien métier ou dernier emploi)*

_____

_____

En Centre d'internat _____ motifs _____

_____

En Centre d'externat _____ motifs _____

_____

Chez un employeur *(par contrat)* _____

Donnez quelques exemples de postes susceptibles d'être occupés *(sous réserve des résultats de l'examen psychotechnique)* _____

_____

L'intéressé relève-t-il d'un atelier protégé *(inapte à un travail régulier ou à un rendement normal)*

_____

Quel type d'activité conviendrait _____

_____

_____

Date _____ Médecin *(nom en caractères d'imprimerie)* _____

*Signature :*

CPCSS T.U.M.63-10277*

# FICHE DE TRAVAIL

| BIOMETRIE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taille | | | | | | | | | | | | | | |
| Périmètre thoracique | | | | | | | | | | | | | | |
| Poids | | | | | | | | | | | | | | |

| APTITUDES PHYSIQUES | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VISION | Près | | | | | | |
| | Loin | | | | | | |
| | Couleurs | | | | | | |
| Audition | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Station debout | | | | | | | |
| Equilibre | | | | | | | |
| Mouvements | M.S. tronc. | | | | | | |
| | M.I. bassin | | | | | | |
| Valeur musculaire | M.S. tronc. | | | | | | |
| | M.I. bassin | | | | | | |
| TOLERANCE AUX AGENTS mécaniques | Trépidations | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Physiques | Intempéries | | | | | | |
| | Température | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Chimiques | Irritants tég. | | | | | | |
| | Irritants resp. | | | | | | |
| | Toxiques | | | | | | |
| Horaire de travail | | | | | | | |
| Déplacements | | | | | | | |
| BILAN GENERAL | | | | | | | |

Conclusions

Epreuves dynamométriques :

Coefficient de fatigue hors travail

Niveau scolaire

Apprentissage

C.A.P.

Goûts du sujet

Travail monotone

Travail avec attention

Travail sur machine

Goût des responsabilités

Désir de perfectionnement technique

EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE

Date et lieu d'examen

N°d'examen

EMPLOIS SUCCESSIFS

| DEBUT | FIN | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Commission technique d'orientation des travailleurs handicapés *(séance du )*

Dans tous les cas le souci du médecin, comme de toute l'équipe du reclassement professionnel est de permettre aux intéressés de recouvrer une capacité maximum de gain pour une activité physique adaptée à leur état. Ceci dans un but d'intérêt général autant qu'individuel. On a pu dire en effet que la"rééducation professionnelle est la prophylaxie de la rechute."

III - EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE.-

Cet examen complexe a pour but de préciser les capacités du diminué physique du point de vue gestuel, psycho-moteur et intellectuel, capacités utilisables pour son reclassement professionnel. Il convient d'étudier les divers aspects du problème en regard de l'âge de l'assuré, de sa situation socio-professionnelle, de son passé scolaire et professionnel, de ses goûts et de sa "motivation" pour une nouvelle orientation, en même temps que de tenter d'évaluer ses possibilités d'acquisition.

L'examen psychotechnique revêt donc une très grande importance dans le reclassement professionnel du sujet et il ne peut être question de réaliser des examens collectifs. Chaque handicapé réagit d'une manière personnelle à l'épreuve de la maladie et aux difficultés de tous ordres qui en résultent. Le psychotechnicien aura à vaincre d'autres obstacles psychologiques variables avec le niveau culturel de l'assuré et son milieu de vie familial et social.

Etant donné ces conditions très spéciales, l'examen psychotechnique se déroulera en deux phases: examen dit de "préorientation" déjà relativement long, puisqu'il dure en moyenne 1 heure 30, et qui consiste essentiellement en un entretien avec le sujet.

Celui-ci est amené à confier à l'orienteur différents renseignements concernant sa biographie: situation familiale, scolarité dans l'enfance, apprentissage s'il y a lieu et divers métiers exercés, situation actuelle avec ses incidences psycho-affectives et possibilités de réemploi dans l'ancienne profession ou une branche professionnelle voisine

Le candidat trouve l'occasion dans cet entretien d'exprimer des goûts et désirs profonds d'activité professionnelle, irréalisables du fait des circonstances extérieures anciennes mais qui peuvent être pris en considération pour une réorientation.

Cependant l'orienteur ne se présente pas au handicapé comme un confident mais plutôt comme la "personne informée" capable de l'aider à réfléchir à son problème. L'examen doit déterminer en quelque sorte une prise de conscience et de responsabilité qui, éclairée par une information précise, permet d'aboutir à une décision personnelle de la part de l'assuré lui-même.

L'appréciation du degré et de la solidité de la "motivation", compte tenu des capacités réelles du sujet est souvent délicate et demande à être confirmée par un examen approfondi. Quelques tests simples permettent d'apprécier la possibilité d'adaptation à une formation professionnelle.

L'examen psychotechnique complet sera réalisé secondairement et se prolongera environ 4 heures 30. Le candidat est convoqué par le même orienteur qui l'a reçu en "pré-orientation" et avec qui il est mis en confiance. Ayant réfléchi à ses problèmes après le premier entretien, il peut déjà de lui-même préciser ses goûts. Certains sujets se surestiment et deviendront volontiers agressifs; d'autres, anxieux, appréhendent l'échéance de la fin de la convalescence et le retour à la vie normale qu'ils estiment désormais pour eux impossible.

Tous réagissent plus ou moins bien devant l'inconnu de la vie professionnelle et l'impression encore fréquente de fatigabilité à l'effort. Il faudra tranquilliser, encourager et surtout objectiver les limites prévisibles des capacités du candidat.

Une grande partie de l'examen est consacrée aux épreuves "papier-crayon" et à la détermination du niveau scolaire du handicapé:

- orthographe et français,
- aptitude à la rédaction,
- mathématiques à divers degrés:
  calcul simple (rapidité de calcul mental),
  opérations plus complexes ,
  notions élémentaires d'algèbre et de trigonométrie.

L'appréciation des connaissances scolaires est d'une importance capitale car elle conditionne la possibilité d'acquisition d'une technicité de plus en plus poussée dans de nombreux métiers.

La présence récente de deux instituteurs détachés par l'Education Nationale au Centre de Reclassement a grandement facilité cette phase d'examen en autorisant certaines révisions. Elle permet surtout dans certains cas "limites" de combler des lacunes scolaires chez les candidats ayant la possibilité de revenir plusieurs fois au centre et qui se prépareront ainsi à leur formation avant l'entrée en section.

Les tests d'efficience pratiqués ensuite sont choisis surtout parmi les épreuves d'habileté manuelle et de coordination des mouvements. Il ne s'agit pas ici de psychologie fine et de recherche d'adaptation à un poste de travail précis, mais d'orientation générale vers un métier éventuel en fonction des aptitudes essentielles du sujet.

Le psychotechnicien doit s'appliquer à rechercher non seulement les capacités psycho-motrices actuelles du sujet mais également sa facilité d'adaptation à une situation et à une activité nouvelle, et évaluer ses possibilités d'acquisition ultérieure.

La présentation et le comportement du sujet pendant toute la durée des épreuves est déjà une indication suffisante pour apprécier les possibilités d'adaptation .

L'examen caractériel peut être précisé par des tests dits de personnalité et complété au besoin par un examen confié au psychiâtre.

Il faut souligner le caractère dynamique des observations psychotechniques, des examens complémentaires pouvant toujours être demandés pour mieux apprécier les "chances" de la rééducation future.

Au terme de l'examen, le psycho-orienteur rédige un compte-rendu en termes simples, destiné aux membres de la Commission technique d'Orientation, aux directeurs de centres de rééducation et aux placiers.

Il conclut par un avis "favorable", "acceptable" ou "essai", à une proposition soit de rééducation professionnelle, soit de recherche d'emploi avec toutes les nuances d'appréciation et indications utiles pour la suite du reclassement professionnel.

Nous donnons ci-après un modèle de fiche utilisée au cours de l'examen psychotechnique.

C. P. C. S. S. R. P.

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Centre psychotechnique d'orientation

# RESULTATS TECHNIQUES DE L'EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE D'ORIENTATION

NOM et prénoms Age Date

| Tests | Résultats (B. R., M. R., etc.) | Très bon | Bon | Moyen | | | | Médiocre | | Mauvais |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Max. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 Min. |
| D. 48 (25')... | | | | | | | | | | |
| Matrix 38 ... | | | | | | | | | | |
| Voc. Pich. Bin | | | | | | | | | | |
| B. C. V. 8 ... | | | | | | | | | | |
| Test mécan. . (2'5') | | | | | | | | | | |
| Test « T » ... | | | | | | | | | | |
| Collat. B. R. . | | | | | | | | | | |
| Collat. M. R. . | | | | | | | | | | |
| Arithmét. I .. | | | | | | | | | | |
| Arithmét. II. . | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| For. Iden. Th. | | | | | | | | | | |
| Kohs-Wechs. | | | | | | | | | | |
| Dearborn I . . | | | | | | | | | | |
| Dearborn 2 . . | | | | | | | | | | |
| Walther..... | | | | | | | | | | |
| Piork-vitesse . | | | | | | | | | | |
| Perd. Peg. D. | | | | | | | | | | |
| Perd. Peg. G. | | | | | | | | | | |
| Perd. Peg. 2M | | | | | | | | | | |
| D ; G ; 2M | | | | | | | | | | |
| Assembl. | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

29 T. U. I. 60 10.595

## EPREUVES

### KOHS-WECHSLER

| | Temps | Note |
|---|---|---|
| I | | |
| II | | |
| III | | |
| IV | | |
| V | | |
| VI | | |
| VII | | |
| | TOTAL... | |

RANG

### OBSERVATIONS

### PLANCHES DE DEARBON

Première épreuve :

Temps :

RANG

Deuxième épreuve :

Temps :

RANG

### OBSERVATIONS

Réfléchit et observe avant de commencer.
Prend une forme et essaie au hasard.
Procède par trous successifs.
Procède par tâtonnements.
Visualise.
Essais absurdes.
Corrige ses erreurs.
Se représente les formes.
Fait la deuxième épreuve de mémoire.
Bon apprentissage.

### DISQUES DE WALTHER

Temps :

Main droite

Main gauche

Deux mains

TOTAL. . .

RANG

### OBSERVATIONS

EPREUVE LIBRE : retourne les planches.
deux mains.
méthodes.

TRAVAIL méthodique.
désordonné
rythmé.
automatisé.
systématique.

GESTES précis.
tâtonnants.
trop amples.
bien adaptés.
coordonnés.

### RONDELLES DE PIORKOVSKI

Epreuve de compréhension :

Epreuves de vitesse : 1° 2°

Temps :

RANG

### OBSERVATIONS

Tient l'appareil : main gauche - main droite.
Maintient les tiges.
Gestes précis.
Gestes réguliers.
Progresse au cours d'épreuve.

## EPREUVE TOUR-TEMPS LIMITE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 1 | 5 | 9 | 13 | 17 | 21 | 25 | 29 | 33 | 37 | 41 |
| II | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | 26 | 30 | 34 | 38 | 42 |
| III | 3 | 7 | 11 | 15 | 19 | 23 | 27 | 31 | 35 | 39 | 43 |
| IV | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 28 | 32 | 36 | 40 | 44 |

POINTS

Nombre de côtés :

Nombre de points :

Temps :

NOTE :

OBSERVATIONS

## PERDUE PEGBOARD

| | Résultat | Rang |
|---|---|---|
| Main droite (30") ..... | | |
| Main gauche (30") ..... | | |
| Deux mains (30") ..... | | |
| D + G + 2 mains..... | | |
| Assemblage (60") ..... | | |

OBSERVATIONS

## NOTES

IV - SERVICE SOCIAL.-

Le service social occupe également une place importante dans l'équipe médico-technique du reclassement professionnel.

L'assistante sociale spécialisée au Reclassement Professionnel reçoit généralement l'enquête sociale de base réalisée par l'assistante familiale de l'assuré ou l'assistante de l'établissement de cure où l'intéressé est encore en soins.

La fiche sociale accompagnant la demande de reclassement professionnel traduit souvent cette première enquête, l'assuré remplissant rarement seul le questionnaire figurant sur la fiche dont nous donnons une reproduction ci-après.

Les renseignements fournis ainsi comportent, outre la "motivation" du reclassement:

- la situation familiale, les conditions de logement et les ressources familiales,
- la scolarité et la formation professionnelle antérieure,
- les postes occupés antérieurement et leur qualification exacte dans les cinq années précédentes ainsi que le salaire obtenu et le nom des employeurs successifs,
- la possibilité de réintégration dans l'ancienne entreprise,
- la carte de travail pour les étrangers,
- enfin le nom et l'adresse du médecin-traitant.

Le rôle de l'assistante spécialisée est de contrôler et de compléter au besoin les résultats de cette première enquête en réalisant elle-même les démarches utiles mais toujours en accord avec l'assistante de secteur ou le service social de l'établissement de cure.

L'intervention de l'assistante sociale peut également se faire à la demande du médecin ou du psychotechnicien et sera réalisée avec l'entente de la Coordination des Services Sociaux pour éviter la répétition d'enquête similaire.

L'assistante sociale prend en charge sociale les cas particulièrement difficiles, toujours en liaison avec l'assistante de secteur, en particulier pour les sujets inadaptés (éthyliques, mentaux), et ultérieurement pour les assurés rééduqués en Centre d'externat. Les problèmes sont en effet parfois extrêmement complexes et peuvent soulever des difficultés sur le plan familial, moral, éducatif même, juridique ou prophylactique.

L'assistante pourra effectuer des enquêtes afin d'obtenir des secours aux diminués physiques ou à leur famille momentanément dans le besoin du fait des conséquences de la maladie. Enfin, au moment du placement du rééduqué, l'assistante sociale du reclassement professionnel pourra être amenée selon les cas à faire des démarches auprès de l'assistante d'usine (surintendante ou conseillère du travail) pour faciliter la réintégration de l'assuré dans son ancienne entreprise. Dans les "suites de placement" également, l'assistante aura à vérifier la bonne adaptation du rééduqué à son nouveau poste de travail.

# DEMANDE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

à compléter par l'intéressé et à ~~transmettre~~ REMETTRE LE JOUR DE LA CONVOCATION
au Centre de reclassement professionnel
7, rue du Château d'eau - PARIS (10e)

**MOTIFS** pour lesquels le reclassement professionnel est demandé *(il est indispensable de répondre à cette question).*

**ETAT CIVIL**

Nom _____ Prénoms _____ Sexe _____

Nom de jeune fille _____

Date et lieu de naissance _____ Nationalité _____

**DOMICILE** personnel habituel (1) _____

_____ Département _____

téléphone personnel _____ non personnel _____

desservi par (2) **TRAIN** _____ lieu d'arrivée à Paris _____

**CAR** _____ lieu d'arrivée à Paris _____

**METRO** _____ **AUTOBUS** _____

**SITUATION MILITAIRE** _____

**REPONDANT** (3) - *(Nom et adresse)* _____

**SITUATION FAMILIALE** (4) _____

PERSONNES VIVANT AU FOYER

| Nom - Prénoms | Parenté | Date de naissance | Profession | Salaires ou observations |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**NOM** et adresse du médecin traitant *(ou du dispensaire)* _____

(1) De plus, si vous êtes actuellement en province, indiquez la localité où vous pensez vous fixer et exercer une activité professionnelle.

(2) Ces renseignements sont nécessaires si vous demeurez en province et surtout si votre domicile est situé dans la banlieue parisienne, dans cette dernière éventualité, précisez les lieux d'arrivée à Paris des moyens de transports que vous empruntez.

(3) Ne concerne que les mineurs

(4) Célibataire - Marié - Séparé - Veuf - Vivant maritalement - Divorcé.

.CPCSS T.U.M.68-11724

# RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES ET PROFESSIONNELS

## ETUDES GENERALES

Niveau _____ Diplômes _____

Langues étrangères *(parlées, écrites)* _____

## APPRENTISSAGE OU FORMATION PROFESSIONNELLE

| Métiers appris | Période | | Nom et adresse de l'école de l' employeur, etc... | Diplômes obtenus C.F.P.A. - C.A.P. - B.I. etc... |
|---|---|---|---|---|
| | du | au | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES *(au moins pendant les 5 dernières années de travail)*

| Nature et qualification exactes des emplois exercés | Période de travail | | Employeurs - Nom et adresse | Salaires (2) |
|---|---|---|---|---|
| | du | au | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Pour le dernier emploi occupé :

Donner une description *(les termes de manœuvre, d'O.S., d'O.P., ne nous renseignent pas suffisamment, par exemple l'O.S. devra préciser la machine sur laquelle il travaille).* _____

_____

_____

préciser le salaire perçu *(horaire, journalier, hebdomadaire, mensuel) (1)* _____

indiquer si vous êtes licencié _____ ou si vous appartenez toujours au personnel de l'Entreprise _____

## POSSIBILITE DE REPRISE CHEZ UN ANCIEN EMPLOYEUR

Lequel *(nom et adresse)* _____

Poste envisagé _____ Conditions _____

Dans la négative, indiquer les raisons _____

_____

## LE DEMANDEUR

Désire-t-il être placé directement chez un employeur _____

Dans quel genre d'emploi _____

Désire-t-il apprendre un métier _____ lequel _____

(1) Barrer les mentions inutiles

(2) Préciser si les renseignements sont copiés sur des certificats patronaux

## EXAMENS PSYCHOTECHNIQUES DEJA PASSES

Lieu *(adresses complètes des organismes)* _____

_____ dates _____

## INSCRIPTION A UN BUREAU DE MAIN-D'OEUVRE

Adresse _____ date _____

Emplois indiqués _____

Bénéficiez-vous — de l'allocation chômage _____ depuis le _____

— d'une allocation complémentaire *(A.S.S.E.D.I.C.)* _____ depuis le _____

## TRAVAILLEUR ETRANGER

Entré en France le _____ Conditions *(contrat, touriste)* _____

a) carte de séjour : type et n° de la carte _____ valable du _____ au _____

b) carte de travail : type et n° de la carte _____ valable du _____ au _____

profession autorisée _____ Validité territoriale _____

## INSCRIPTION A UN SERVICE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

*(autre que celui situé, 7, rue du Château-d'Eau - PARIS 10e)*

Nom et adresse _____

_____ depuis le _____

## INSCRIPTION AU SERVICE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DES ADULTES

Adresse _____ depuis le _____

## ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

### 1°- SECURITE SOCIALE

- Le demandeur :

est-il affilié au régime général _____ adresse { de la Caisse d'Affiliation _____ / du Centre de Paiement _____

a un régime spécial _____ lequel *(adresse)* _____

est-il assuré social _____ ou ayant droit _____ { degré de parenté avec l'assuré _____ / nom et prénom de l'assuré _____

N° d'immatriculation de l'assuré *(copié sur la carte)*

- Prestations perçues (1) :

| Maladie - M.L.D. | Pension d'Invalidité | A.T. ou M.P. |
|---|---|---|
| Indemnités journalières : | pension du 1er, 2e, 3e, groupe : | indemnités journalières : |
| depuis le _____ | depuis le _____ | du _____ au _____ |
| jusqu'au _____ | adresse de la Caisse Régionale : | rente : taux d'I.P.P. _____ |
| | _____ | fixé le _____ |

### 2°- AIDE SOCIALE (1) - Assistance médicale gratuite - Aide aux infirmes - Direction de l'hygiène sociale _____

### 3°- OFFICE DES ANCIENS COMBATTANTS *(adresse)* _____

Pension (1) civile - militaire - de guerre

depuis le _____ montant _____ % _____

Réforme (1) temporaire - définitive - depuis le _____

Indemnité de soins *(art. 115)* depuis le _____

### 4°- AUTRES ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

Nom _____

Adresse _____

A _____ le _____

*Signature du demandeur :*

(1) Barrer les mentions inutiles

**PARTIE RESERVEE** { au Centre de reclassement professionnel / ou à l'Assistante sociale

## ELEMENTS DU BUDGET FAMILIAL (mensuel)

| RESSOURCES | | CHARGES | |
|---|---|---|---|
| Gains personnels | | Loyer | |
| de | | Impôt foncier | |
| de | | Personnel employé *(ménage, soins, garde)* | |
| Prestations C.A.F. | | Pension Aliment. Ascendant | |
| Prestations S.S. *(risque ____)* | | Pension Aliment. Conjoint | |
| Pension alimentaire | | Pension Aliment. Enfant | |
| Al. lois d'Assist. | | Frais d'éducation | |
| Chômage | | Enfants placés | |
| Divers | | Divers | |
| *TOTAL* | | *TOTAL* | |

**MOYENNE DE RESSOURCES PAR PERSONNE VIVANT AU FOYER**

*(charges déduites)*

$\frac{\text{Ressources} - \text{charges}}{30 \text{ jours}} =$ _____

par personne

**DETTES**

Nature _____

Montant _____

Délai de remb. _____

**LOGEMENT** { nature _____ / nombre de pièces _____

**AVIS SUR LE RECLASSEMENT DEMANDE**

A _____ le _____

NOM _____ QUALITE (1) _____

*Signature :*

(1) Pour les Assistantes sociales préciser les permanences { adresse _____ / n° Tél. _____ jours et heures _____

V - COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION.-

Tous les dossiers instruits aboutissent à la Commission Technique d'Orientation qui se réunit plusieurs fois par semaine rue du Château d'Eau.

Les Commissions Techniques d'Orientation ont été instituées par la Circulaire interministérielle du 30 avril 1953 relative au Reclassement des diminués physiques. Par la circulaire M.O. 3.55 du 15.11.55 portant réforme des lois d'assistance, l'examen de tous les dossiers des demandeurs d'emploi diminués physiques est confié à la Commission Technique d' Orientation des Infirmes.

Ces différents textes ont été repris par le décret du 26 Juillet 1962 précisant le rôle et la composition des Commissions départementales d'Orientation des Infirmes. Une sous-Commission permanente, telle qu'elle est prévue à ce décret, se réunit plusieurs fois par semaine au Centre A. LEVEILLE pour examiner, dans des séances communes, les dossiers instruits par la Direction de la Main-d'Oeuvre ou par la Sécurité Sociale, avec le concours de l'Hygiène Sociale, pour faire alors des propositions communes.

Il faut préciser que les avis formulés par la Commission Technique d'Orientation n'ont qu'une valeur de proposition. En effet, les Caisses de Sécurité Sociale ont à se référer aux propositions de la Commission d'Orientation des Infirmes en matière d'attribution du bénéfice de la rééducation professionnelle, mais les avis de la Commission ne s'imposent pas obligatoirement à l'organisme de prise en charge.

La Commission est composée d'un représentant de chacun des Services qui ont participé à la composition du dossier des candidats au reclassement professionnel: médecins, psychotechniciens, assistantes sociales; le Chef de Service, le Médecin-Chef du Service de Reclassement, le médecin de la Direction de l'Hygiène Sociale et le Chef du Service de la Main d'Oeuvre chargé du placement, siègent également à la Commission.

La discussion qui s'engage entre les membres de la Commission permet finalement d'aboutir à la proposition d'une formule de reclassement professionnel qui tient compte de tous les aspects du problème. Certains cas "limites" de rééducation, par exemple, seront examinés plus soigneusement et les membres décideront dans quelles conditions il est possible de "donner leur chance" à quelques candidats dont l'acquis scolaire et professionnel est réduit mais qui paraissaient doués de facilités d'adaptation.

Les décisions de la Commission sont de trois ordres :

I - Soins en cours et Archives

Le candidat est déclaré inapte à la reprise d'activité, soit en rééducation, soit en travail normal directement.

Si la durée des soins prévus est inférieure à six mois, le Centre de Reclassement Professionnel convoquera à nouveau l'intéressé. Au-delà de six mois, le dossier est classé et un nouveau signalement devra être fait ultérieurement en temps opportun. Les propositions de post-cure simple et de réadaptation fonctionnelle entrent dans le cadre des "soins en cours".

Les sujets déclarés "non reclassables" sont des handicapés à qui il ne peut être proposé de solution valable actuellement. Ces candidats éventuels au reclassement professionnel relèvent souvent "d'ateliers protégés" qui sont malheureusement encore en nombre très insuffisant malgré les efforts faits récemment.

2 - Recherche d'emploi

Les handicapés doivent se faire inscrire dans un bureau de Main-d'Oeuvre afin qu'un emploi leur soit recherché et que leurs droits aux prestations de Sécurité Sociale soient sauvegardés . Les prestations en espèces sont en fait suspendues à partir de la décision de recherche d'emploi sauf pour des cas exceptionnels où il y a prescription du médecin traitant avec justification du contrôle médical.

3 - Rééducation ou réadaptation professionnelle

Cette forme de reprise de travail peut être réalisée de trois façons:

a) Rééducation professionnelle en établissement spécialisé

La décision de la Commission précise dans ce cas le centre choisi, le métier à apprendre, la date d'entrée (tenant compte des délais minimum d'attente) et la durée de la formation.

La proposition de rééducation comporte également l'attribution des prestations supplémentaires en espèces pendant la période d'apprentissage ainsi que pendant le délai d'attente entre la décision de la Commission et l'entrée effective en stage.

b) Reprise de travail, sous contrat, chez l'employeur

L'employeur s'engage à apprendre le métier au travailleur handicapé soit à le réadapter si celui-ci connaît déjà le métier mais n'est pas encore capable de l'exercer avec un rendement normal.

Le salaire est versé par l'employeur et la Caisse de Sécurité Sociale suivant des proportions définies dans le contrat.

L'employeur s'engage, à la fin de la période de contrat (en général 3 à 6 mois) à employer le sujet à tarif normal pendant un temps égal ou double du temps nécessaire à la formation ou à la réadaptation (avec un maximum d'un an).

c) Temps partiel

Cette décision permet la reprise progressive de l'ancien métier pour lequel il n'y a pas "d'inaptitude". Le diminué physique est aidé dans ce cas par l'octroi"d'allocations complémentaires" par la Caisse. La prolongation de cette période de "temps partiel" avec maintien des prestations journalières (1/2 salaire) est décidée sur justification du médecin du Reclassement Professionnel.

La Commission Technique d'Orientation peut être amenée à prendre des décisions à plusieurs reprises pour un même sujet. Outre le cas de "soins en cours" reportant à 3 ou 6 mois la décision de reclassement, des modifications peuvent survenir alors que la formation professionnelle a été commencée en centre spécialisé.

Les "Fiches d'appréciation" sont régulièrement adressées par ces établissements au Centre A. LEVEILLE, la première après le premier mois de stage, puis à la fin de chaque trimestre et à la fin de l'apprentissage. Ces fiches comportent une appréciation professionnelle des moniteurs et un avis médical. La dernière fiche indique les résultats de l'examen de fin de stage, le niveau de qualification professionnelle auquel peut prétendre le rééduqué et les propositions de placement que l'établissement a pu faire dans certains cas.

VI - SERVICE DE PLACEMENT.-

Il apporte la conclusion pratique de tout l'effort réalisé par les autres services en vue du reclassement professionnel du diminué physique. La tâche des prospecteurs-placiers est des plus délicates car elle se situe entre, d'une part, le handicapé physique et, d'autre part, le monde du travail plus ou moins bien disposé à accueillir le nouveau travailleur ancien malade.

Ainsi le rôle du service de placement est double:

- procurer au rééduqué un emploi conforme à la rééducation professionnelle ou aux antécédents professionnels, si la reprise de travail se fait directement, aux aptitudes physiques et psychotechniques indiquées par le médecin et le psycho-orienteur, et à la situation familiale de l'assuré; un emploi également proche du lieu de son domicile et susceptible de lui fournir une rémunération convenable pour subvenir à son existence et celle de sa famille.

# FICHE D'APPRECIATION

*(à compléter selon les indications figurant au verso)*

PERIODE DU _____ AU _____

RESERVE AU R.P.

NOM et prénom du stagiaire _____

N° d'immatriculation

VISA DE CONTROLE — S.T.A. _____ Psycho. _____

1 - DATE D'ENTREE _____ Section professionnelle _____

2 - NOMBRE D'HEURES EFFECTUEES _____ :

| | PAR LE CENTRE | PAR L'INTERESSE |
|---|---|---|
| - Période précédant celle faisant l'objet de la présente fiche : | | |
| - Période mensuelle du _____ au _____ : | | |
| - Période mensuelle du _____ au _____ : | | |
| - Période mensuelle du _____ au _____ : | | |
| *Total depuis la date d'entrée dans votre établissement* : | | |

3 - MOTIFS DES ABSENCES

4 - RESULTATS DES EXAMENS OU DES ESSAIS PROBATOIRES

5 - OBSERVATIONS

6 - RENSEIGNEMENTS POUR LE PLACEMENT EN FIN DE STAGE

7 - DATE DE FIN DE STAGE *(voir au dos)*

8 - ADRESSE A LA SORTIE DU CENTRE

CACHET DE L'ETABLISSEMENT

*A* _____ *le* _____

*Signature du directeur :*

9 - AVIS DU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT _____

*A* _____ *le* _____ *Signature du médecin :*

CPCSS TUM 63 10280*

CAISSES DE SECURITE SOCIALE DE LA REGION PARISIENNE

CENTRE DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

*7, rue du Château d'Eau - PARIS (10e)* 208 - 96 - 00

Monsieur le directeur,

Nous vous serions très obligés de bien vouloir nous renvoyer la fiche d'appréciation figurant au verso après l'avoir complétée d'une manière précise afin qu'il nous soit possible : de juger de l'adaptation et des progrès de notre ressortissant, de décider de la poursuite du stage, et d'apporter aux services chargés du contrôle, toutes les justifications nécessaires.

Nous nous permettons de vous donner ci-après quelques indications relatives à la nature des renseignements qui nous sont indispensables ; cette énumération n'est pas limitative et, par avance, nous vous remercions de toutes les précisions que vous nous communiquerez.

PERIODICITE

Ces fiches doivent nous parvenir tous les trimestres calendaires ou, sur votre demande, tous les trimestres civils et la dernière après la sortie du stage.

1 - DATE D'ENTREE : celle de l'entrée dans votre établissement

- section professionnelle : désignation, complétée le cas échéant, par la date d'entrée dans la section, il est à souligner qu'aucun changement de section ne peut être effectué sans l'accord préalable du service du R.P., auquel vous voudrez bien faire parvenir toutes justifications utiles *(médicales, professionnelles)*, si vous envisagez une modification de l'orientation première.

2 - NOMBRE D'HEURES EFFECTUEES

Plusieurs possibilités sont prévues, la fiche pouvant concerner une période de 3 mois. Ces renseignements permettront de constater la régularité au travail du stagiaire, son adaptation ; ils pourront, le cas échéant, servir pour le règlement des prestations supplémentaires. Dans l'éventualité d'un temps partiel ou d'une interruption pour motif médical, le médecin de l'établissement devra porter son avis motivé à la rubrique n° 9.

3 - MOTIF DES ABSENCES

Dans l'éventualité où le nombre des absences ne permet pas la poursuite du stage dans la même section, il y a lieu d'interrompre la prise en charge de rééducation et d'en aviser le service du Reclassement Professionnel, dans les délais les plus rapides.

4 - RESULTATS DES EXAMENS ET DES ESSAIS PROBATOIRES

- date, nature des examens ou des essais,
- temps alloués et ceux atteints par le stagiaire,
- résultats obtenus, notes attribuées.

Si de tels examens ou essais n'ont pas été réalisés, indiquez, par matière enseignée, la moyenne des notes obtenues au cours du trimestre écoulé. Dans cette rubrique, portez également votre appréciation sur le déroulement du stage, le soin, la rapidité, les méthodes de travail, le comportement du stagiaire.

5 - OBSERVATIONS

Celles notamment pour lesquelles vous estimez nécessaire l'intervention du service du Reclassement Professionnel :

- prolongation de stage - en préciser les motifs *(joindre un rapport le cas échéant)*
- changement de section *(joindre un rapport le cas échéant)*
- interruption de stage pour inaptitude, indiscipline, etc... *(joindre un rapport)*
- relatives au placement si celui-ci est réalisé, en mentionnant : le poste occupé, l'horaire hebdomadaire, le salaire, les nom et adresse de l'employeur.

6 - RENSEIGNEMENTS POUR LE PLACEMENT EN FIN DE STAGE

Ils doivent figurer sur l'avant dernière fiche à nous faire parvenir au moins un mois avant la fin du stage et porter sur :

- les qualifications atteintes,
- les diplômes obtenus ou les dates auxquelles les examens auront lieu *(C.A.P., C.F.P.A., etc...)*,
- les postes susceptibles d'être occupés.

Cette rubrique est obligatoirement complétée par les indications du médecin *(cf. rubrique n° 9)* et si le placement est réalisé par : le poste occupé, l'horaire hebdomadaire, le salaire, les nom et adresse de l'employeur.

7 - DATE DE FIN DE STAGE

- sur toutes les fiches, sauf la dernière, indiquez la date prévue,
- sur la dernière, la date réelle de fin du stage qui doit nécessairement correspondre avec celle de la sortie de votre établissement. Dans l'éventualité où le séjour se prolongerait au-delà d'une semaine après le dernier examen de fin de stage, la prise en charge de rééducation ne peut être utilisée et, une prise en charge au titre des soins, lorsqu'il y a agrément à ce titre, doit être demandée à la caisse de subsistance. Dans cette éventualité, la date de sortie doit correspondre à celle initialement prévue par la prise en charge de rééducation.

9 - AVIS DU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT

- sur l'adaptation au travail du stagiaire, sur la nécessité et la durée d'un travail à temps partiel - pour justifier l'interruption ou prolongation de stage, ou le changement de section professionnelle. La dernière fiche devra mentionner tout particulièrement si le stagiaire peut travailler à temps complet dans le métier appris, à raison de : 40 h. ou plus de 40 h. par semaine, le nombre journalier d'heures de voyage à ne pas excéder. Chaque fois que le médecin l'estimera nécessaire, il joindra à la présente fiche, à l'intention de son confrère médecin-spécialiste du reclassement professionnel, un certificat détaillé sous pli fermé ;

pour les centres d'externat de la région parisienne, sur la nécessité de l'intervention directe d'un médecin spécialiste ou centre de reclassement.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

*Le chef du centre de reclassement professionnel :*

*A. LOUGE*

- Rechercher les postes à proposer aux "reclassés", auprès des employeurs. Recherche d'emplois, prospection auprès des entreprises et présentation des candidats constituent un ensemble de démarches parfois décevantes.

Rappelons ici le rôle joué par le Service de Placement avec le Service Social dans les démarches de réintégration dans l'ancienne entreprise du diminué physique.

Ajoutons que les placiers doivent bien connaître les branches professionnelles et même souvent les postes de travail. A l'occasion de leurs enquêtes, ces techniciens peuvent apprécier les variations de débouchés dans les divers métiers. Ils pourront donc non seulement orienter les recherches d'emplois, mais aussi apporter des suggestions sur la spécialisation ou la transformation des sections professionnelles de rééducation en fonction du marché du travail.

Les prospecteurs-placiers doivent s'efforcer de participer aux campagnes d'information pouvant faciliter secondairement le placement des anciens handicapés: organisations syndicales patronales et ouvrières, Bourses du travail, Chambres des Métiers.

SUITES DE PLACEMENT

Nous avons signalé dans le premier chapitre, au sujet du service technique et administratif, la surveillance "post-placement" dont étaient l'objet les anciens stagiaires remis au travail. Il convient en effet de vérifier à l'usage, si l'on peut dire, les résultats de la rééducation professionnelle mise en pratique et adaptée au poste de travail occupé par l'ancien handicapé.

Des consultations médicales à des heures tardives, pour ne pas porter préjudice à l'activité professionnelle de l'assuré encore à son début, sont destinées à contrôler la bonne adaptation physique du travailleur à sa reprise de travail normal.

Des "questionnaires-métiers" sont envoyés régulièrement aux anciens stagiaires afin de connaître les modalités de la reprise de travail: nature et conditions d'exercice du métier, salaire, trajet et opinion personnelle de l'intéressé en ce qui concerne l'utilité pratique de sa rééducation et la satisfaction qu'il retire de son activité professionnelle.

Les "questionnaires-métiers" sont envoyés au cours du premier mois qui suit la reprise de travail, 3 mois après, 6 mois après et 1 an après. Au-delà de ce délai la surveillance post-placement peut être prolongée à la demande du médecin du Reclassement Professionnel.

Nous donnons ci-après la copie d'un "questionnaire-metier".

CAISSES DE SECURITE SOCIALE DE LA REGION PARISIENNE

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

*7, rue du Château d'Eau - PARIS (10e)*

Le

Objet

M.,

| A RAPPELER DANS TOUTE CORRESPONDANCE |
| --- |
| Notre référence |
| RECLASSEMENT PROFESSIONNEL |
| Votre référence |

Je vous serais obligé de bien vouloir, muni de la présente lettre, vous présenter:

le..... à .....heures

à .....

.....

en vue d'un examen médical de "suite de placement".

Je suis persuadé que vous comprendrez l'intérêt de cet examen qui permettra à notre Médecin-Spécialiste, et a notre Assistante Sociale, le cas échéant, de voir avec vous si le travail que vous effectuez convient à votre état de santé, et si nous pouvons vous apporter notre aide.

Dans l'éventualité où vous ne pourriez vous rendre à cette convocation, pour quelque motif que ce soit, et en particulier, par suite d'un changement de domicile, je vous demanderais de me faire retour, en franchise postale, de la présente correspondance apres avoir indiqué à son verso, les raisons de votre non venue.

Veuillez agréer, M., l'assurance de ma considération distinguée.

*Le Chef du Centre*
*de Reclassement Professionnel:*

CRCSS T-U-M-63-11919.

# QUESTIONNAIRE METIER

- Nom et adresse de l'entreprise où vous travaillez actuellement.....

.....

- Qu'y fait-on ?.....

.....

- Quel est votre emploi ?.....

.....

- Quand avez-vous repris dans cette entreprise ?

.....

- Qui vous a placé ?.....

.....

- Y avez-vous toujours tenu votre emploi actuel ?.....
- Sinon quels autres emplois avez-vous tenus *(dans cette Entreprise)* ?.....

.....

- Si vous êtes payé au mois, combien percevez-vous ?

.....

- Si vous êtes payé à l'heure, quel est :
  - votre salaire horaire de base :

.....

  - le montant des primes :
- Bénéficiez-vous d'autres avantages ?
  - lesquels ? .....
- Combien d'heures travaillez-vous :
  - par jour ?..... par semaine ? .....
- Quel est votre horaire de travail ?

.....

- Vous fatiguez-vous en vous rendant à votre travail ?

.....

.....

- Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à votre travail.....
- Quels moyens utilisez-vous ?.....

.....

- Trouvez-vous votre travail actuel fatigant ?

.....

- Avez-vous des efforts intensifs à fournir ?

.....

- Devez-vous travailler à une cadence trop rapide pour vous?

.....

- Avez-vous de lourdes charges à porter *(+ de 25 Kgs)* ?

Souvent ? ..... Rarement ?.....

- Avez-vous à marcher beaucoup ?.....
- Avez-vous à monter :

  des escaliers ?.....

  des échelles ?.....
- Travaillez-vous :

  debout ?.....

  assis ?.....

  tantôt l'un, tantôt l'autre ?.....
- Travaillez-vous dehors ?.....
- Dans ce cas, êtes-vous exposé :

  à la pluie ?.....

  au soleil ?.....
- Donnez une description du travail que vous faites actuellement *(les termes "manoeuvre" ou "O.S." ne renseignent pas suffisamment par exemple l'O.S. devra préciser la machine sur laquelle il travaille).*

.....

.....

.....

.....

.....

- Les questions qui précèdent concernent votre situation actuelle; il nous serait cependant utile d'être informés des postes de travail que vous avez occupés depuis votre arrêt maladie. Pouvez-vous indiquer ci-après les entreprises où vous avez travaillé et les emplois que vous avez tenus. Dans le cas contraire, marquez la mention "néant":

.....

.....

.....

.....

- Pouvez-vous enfin nous indiquer, si vous êtes satisfait des conditions dans lesquelles s'effectue votre reprise de travail, depuis votre maladie ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Date* .....

*Signature :*

*P.S. Etes-vous suivi par un médecin ou un dispensaire ?*

.....*, dans l'affirmative, indiquez ci-après son nom et son adresse :* .....

.....

PREORIENTATION - EQUIPES du CENTRE A. LEVEILLE en DEPLACEMENT DANS LES DEPARTEMENTS de la REGION PARISIENNE

Ce dernier chapitre concernant le fonctionnement du Centre de Reclassement Professionnel a trait à une organisation un peu plus récente. Répondant à de réels besoins elle tend à se développer actuellement dans la limite des possibilités et du temps disponible des médecins et techniciens du Centre.

Ceux-ci effectuent les premiers examens en vue du reclassement professionnel dans des établissements situés dans la région parisienne proprement dite et également les départements périphériques: Oise, Seine et Marne.

Les séances d'examens sont suivies de réunions de synthèse dont les conclusions serviront de base à la Commission Technique d'Orientation ultérieure.

L'activité de ces équipes répond à trois objectifs:

- la continuité du processus de réadaptation et la coordination des moyens mis en oeuvre pour réussir à long terme le reclassement professionnel des handicapés physiques,
- la préparation psychologique et psychotechnique aussi précoce que possible pour réaliser la rééducation professionnelle dans les meilleures conditions et donner toutes leurs chances aux candidats moins doués au départ.

"Beaucoup de nos malades n'ont pas librement choisi leur destinée professionnelle. Mis au travail très jeunes, dans des activités pénibles, dangereuses, sales, plus ou moins bien rémunérées, ils ne trouvent sur leurs lieux de travail que de modestes satisfactions professionnelles. On comprend alors qu'ils ne manifestent quelquefois aucun empressement à retrouver une ambiance de travail plus ou moins désagréable voire hostile."

D'autre part, "le faible niveau scolaire - conséquence d'une scolarité irrégulière - a fortiori l'analphabétisme, constitue chez les handicapés graves un obstacle sérieux à la remise au travail puisqu'il restreint encore un éventail de possibilités professionnelles déjà fortement limité par les contre-indications physiques".

Cependant "il est faux de dire qu'on ne rééduque que les riches". Si une formation professionnelle de qualité ne peut s'entendre que si l'on justifie au départ de très solides connaissances de base, une formation post-scolaire dès le sanatorium permettra l'adaptation à une rééducation professionnelle fructueuse et pourtant apparemment irréalisable au départ.

- Enfin, l'incidence administrative importante d'un signalement précoce: en effet si la Caisse de Sécurité Sociale a pris une décision de rééducation professionnelle avant le sixième mois de maladie, cette décision reste valable même si le malade n'a pas de droits ouverts au-delà de ce délai de six mois.

Nous pouvons donc dire en conclusion: "mieux vaut réadapter précocement que reclasser tardivement.

# TROISIEME PARTIE

## REEDUCATION PROFESSIONNELLE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

Au cours de l'année 1960, 365 dossiers d'anciens tuberculeux pulmonaires examinés au Centre "André Léveillé" ont fait l'objet d'une décision de rééducation professionnelle par la Commission Technique d'Orientation.

Cependant 34 assurés ont renoncé au bénéfice de la rééducation professionnelle avant leur entrée en stage et 20 autres ont quitté le Centre de rééducation peu après leur arrivée.

Il peut être intéressant de chercher les causes diverses de ces refus de reclassement chez ces 54 "stabilisés" et "aptes au travail sous surveillance", soit 14,8% des cas examinés en Commission Technique.

Pour le plus grand nombre: 23, soit 42,6% des cas, il s'est agit d'une reprise de travail immédiate; 4 fois les avantages concédés par les Caisses sous forme de prestations supplémentaires ne compensaient pas la perte d'un salaire normal, surtout compte tenu des charges familiales des assurés. La raison donnée à cette reprise du travail a été 9 fois les délais d'attente excessifs entre la sortie du sanatorium ou de la post-cure et l'entrée en centre de rééducation. Enfin, dans 10 cas, l'assuré n'a pas précisé sa décision de reprise de travail.

Pour 9 candidats, soit 16,7%, la contre-indication à l'entrée en stage était médicale. Bien que l'orientation préalable de l'intéressé vers un centre de rééducation ait été faite au cours de la réunion de la Commission Technique, avec l'accord du phtisiologue et celui du médecin du travail, le délai entre le Contrôle médical et l'entrée effective en centre a permis l'apparition d'une évolution radiologique de la tuberculose pulmonaire apparemment stabilisée chez 4 malades, et la constatation d'une autre contre-indication médicale chez 5 autres anciens tuberculeux.

11 assurés ont renoncé à leur rééducation professionnelle sans motiver leur décision et 5 autres ont précisé qu'un mariage récent était la cause de leur refus (les 4 femmes n'envisageaient plus de travailler à l'extérieur de leur foyer et l'homme ne pouvant supporter le régime d'internat du Centre de Rééducation.)

Enfin, pour les derniers candidats stagiaires, 2 mineurs n'ont pu obtenir l'autorisation de leurs parents de poursuivre la formation à peine commencée; 1 jeune candidat a sollicité son admission en Centre de Formation Professionnelle pour Adultes et, n'ayant pas obtenu l'accord médical, a refusé l'aide de nos services; 3 candidats ont fait l'objet d'un renvoi disciplinaire après quelques semaines de stage préparatoire avant l'entrée en section professionnelle et n'ont pas voulu accepter une nouvelle orientation vers un autre centre.

Nous avons résumé ces "échecs au départ" dans le tableau suivant:

| | | |
|---|---|---|
| Reprise de travail immédiate | | |
| - pour nécessité financière | 4 | |
| - longueur des délais d'attente pour l'entrée en Centre de rééducation | 9 | |
| - pour raisons personnelles | 10 | |
| | 23 | soit 42,6% |
| Contre-indication médicale à l'entrée en stage | | |
| - rechute de tuberculose pulmonaire | 4 | |
| - autre cause médicale | 5 | |
| | 9 | soit 16,7% |
| Refus de rééducation professionnelle | | |
| - raisons personnelles (non précisées) | 11 | |
| - pour mariage | 5 | |
| | 16 | |
| Défaut d'autorisation familiale | 2 | |
| Demande de F.P.A. (sans accord médical) | 1 | |
| Renvoi disciplinaire d'un centre de rééducation | 3 | |

Nous venons de voir que 54 dossiers sur les 365 étudiés avaient été éliminés peu après la décision de rééducation de la Commission Technique.

Les 311 stagiaires ayant bénéficié d'une rééducation professionnelle vont faire maintenant l'objet de notre étude. Il est à signaler dès maintenant que 29 d'entre eux n'ont pu terminer leur stage pour des motifs divers sur lesquels nous reviendrons, mais il convient d'étudier ensemble les cas de ces anciens malades pour lesquels le "Reclassement Professionnel" a été particulièrement actif.

"SIGNALEMENT" au CENTRE "ANDRE LEVEILLE"

Les dossiers ont été constitués à la demande de Centres de Paiement et divers organismes de Sécurité Sociale (Caisse Nationale, Branche Invalidité ...) pour 70 cas. L'assuré lui-même s'est présenté à nos bureaux, sur le conseil de son médecin traitant ou d'amis anciens stagiaires, dans 23 cas.

8 fois un service social s'est chargé des démarches de signalement et dans 8 autres cas c'est le bureau de Main d'Oeuvre locale qui a assuré la liaison.

Enfin, pour la majorité des cas: 202, puisqu'il s'agissait de tuberculeux pulmonaires, c'est l'Hygiène Sociale qui a effectué le signalement, le plus souvent par l'intermédiaire des dispensaires antituberculeux.

Le tableau ci-après résume l'origine des signalements:

| | | |
|---|---|---|
| Centres de Paiement | 70 | soit 22,5% |
| Assuré lui-même | 23 | |
| Service Social | 8 | |
| D.H.S. | 202 | soit 65% |
| B.M.O. | 8 | |

La date du signalement peut être utile à relever en tenant compte du temps écoulé depuis le début de la maladie (précisée par la "première constatation médicale"). Cette durée peut éventuellement avoir des conséquences pécuniaires importantes pour l'assuré lui-même en fonction des possibilités de prolongation de la prise en charge au titre de la "Longue Maladie".

Pour 92 assurés, le signalement a été réalisé très rapidement, c'est-à-dire moins d'un an après le début de leur maladie et de leur arrêt de travail.

Pour 153 d'entre eux le délai a été de un à deux ans et, dans 32 cas, de deux à trois ans.

Enfin, pour 34 anciens malades, le signalement a été effectué plus de trois ans après le début de la maladie.

Si l'on tient compte de cette "limite" de trois ans, du fait des démarches spéciales nécessaires à la prolongation de la prise en charge après ce délai, on remarque que 277 candidats sur 311 examinés, soit 89%, n'avaient pas encore trois ans de maladie au moment de leur signalement.

Nous résumerons ces chiffres dans le tableau suivant:

| | | | |
|---|---|---|---|
| signalement | moins d'un an après le début de maladie | 92 = 29,6% ) | 277 |
| " | entre 1 et 2 ans " " " | 153 = 49,2% ) | soit |
| " | entre 2 et 3 ans " " " | 32 = 10,3% ) | 89% |
| " | plus de 3 ans " " " | 34 = 10,9% | |

Il est à remarquer qu'un petit nombre de candidats (10), ont déjà fait l'objet d'un signalement, mais une rechute pulmonaire ou un incident extra médical a, soit retardé, soit fait écarter, provisoirement du moins, la possibilité d'un reclassement professionnel.

Répartition par sexe:

Sur les 311 sujets examinés, nous trouvons:
128 femmes, soit 41,2%
183 hommes, soit 58,8%.

Le chiffre de 41,2% est supérieur à la proportion de l'ensemble de la population active féminine donnée par le dernier recensement de 1962 (femmes: 34,4% - hommes: 65,5%).

La participation féminine de notre enquête est également supérieure à la morbidité tuberculeuse générale puisqu'on enregistre 3.388 cas de tuberculose pulmonaire dans la population féminine (pour 5.896 cas chez les hommes), c'est-à-dire 36,5% des tuberculeux pulmonaires.

Répartition par nationalité:

Parmi les candidats à la rééducation, 21 étaient étrangers: 3 femmes et 18 hommes, ce qui représente 6,75% de la population considérée.

Nous étudierons plus loin, à part, les résultats de rééducation de ce petit groupe étant données les difficultés particulières d'adaptation rencontrées par ces sujets: langue surtout, niveau scolaire et professionnel différent dans leur pays d'origine, parfois non équivalence de diplôme en France, etc... Ces étrangers étaient de nationalité très diverses: italienne, espagnole, polonaise, yougoslave.

Répartition selon le mode de prise en charge ou le "risque" couvert

Nous ne trouverons pas ici d'assurés pris en charge au titre de "Maladie Professionnelle", la législation actuelle ne reconnaissant pas la tuberculose pulmonaire comme pouvant être contractée"à l'occasion du travail et dans les conditions normales d'exercice de celui-ci".

Il convient de signaler que dans un cas, un assuré a été reconnu comme "accidenté du travail", sa tuberculose pulmonaire ayant été dépistée après un traumatisme scapulaire rapporté au travail.

Dans la majorité des cas les intéressés relevaient de la "Maladie de Longue Durée" et 47 d'entre eux, soit 15,1% étaient pris en charge par l'assurance "Invalidité".

Répartition par âge

Nous avons relevé l'âge des candidats au moment de la réunion de la Commission Technique qui a décidé de leur rééducation.

- 57 avaient moins de 20 ans soit 18,3%
- 82 avaient de 20 à 24 ans soit 26,4%
- 124 avaient de 25 à 34 ans soit 39,9%
  (70 de 25 à 29 ans)
  (54 de 30 à 34 ans)
- 43 avaient de 35 à 44 ans soit 13,8%
  (37 de 35 à 39 ans)
  ( 6 de 40 à 45 ans)
- 5 avaient plus de 45 ans soit 1,6%

Comme on peut le prévoir chez des sujets destinés à un apprentissage plus ou moins technique, la majorité des candidats se retrouve dans les groupes d'âges les plus jeunes.

Quelques centres de rééducation imposent d'ailleurs une limite d'âge pour l'entrée dans certaines sections professionnelles.

Dans notre étude, 208 candidats, soit 66,9% avaient moins de 30 ans, et 263, soit 84,6%, avaient moins de 35 ans.

Il peut être intéressant de préciser l'âge des hommes et des femmes. Nous trouvons une légère différence, selon le sexe, mais seulement dans les deux premiers groupes d'âges : 20,2% des hommes avaient moins de 20 ans pour 15,6% des femmes.

Au contraire, 29,7% des femmes avaient de 20 à 24 ans, pour 24% des hommes. Ces différences ne sont cependant pas assez considérables pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions pratiques, si ce n'est que le plus grand nombre d'apprentis se recrutait chez les garçons.

Nous avons résumé la répartition des candidats par groupes d'âges dans le tableau suivant :

| AGES | | < 20 | 20 24 | 25 29 | 30 34 | 35 39 | 40 44 | > 45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOMMES | Valeurs absolues | 37 | 44 | 41 | 33 | 22 | 3 | 3 |
| | % | 20,2% | 24% | 22,4% | 18,1% | 12,1% | 1,6% | 1,6% |
| | | | | 74 = 40,5% | | 25 = 13,7% | | |
| FEMMES | Valeurs absolues | 20 | 38 | 29 | 21 | 15 | 3 | 2 |
| | % | 15,6% | 29,7% | 22,6% | 16,4% | 11,7% | 2,4% | 1,6% |
| | | | | 50 = 39% | | 18 = 14,1% | | |
| TOTAL | Valeurs absolues | 57 | 82 | 70 | 54 | 37 | 6 | 5 |
| | % | 18% | 26,4% | 22,5% | 17,4% | 11,9% | 1,9% | 1,6% |
| | | | | 124 = 39,9% | | 43 = 13,8% | | |
| | | 209 = 67,2% | | | 102 = 32,8% | | | |
| | | 263 = 84,6% | | | | 48 = 15,4% | | |

Répartition en fonction de la situation familiale

La situation de famille intervient souvent dans les décisions de rééducation professionnelle. Même en centres spécialisés et en formation accélérée les délais d'apprentissage ne sont pas sans incidences psychologiques et pécuniaires sur les stagiaires qui ont depuis longtemps souvent dépassé l'âge "scolaire".

Il est donc assez logique de rencontrer une forte proportion de célibataires parmi les candidats : 128, soit 70% des hommes et 92, soit 72% des femmes, ce qui représente un total de 220, soit 70,7%.

Si le sexe ne fait pas apparaître de différences sensibles dans la proportion de célibataires, il intervient assez nettement sur le pourcentage des stagiaires ayant charge de famille. Il est à remarquer que la situation maritale détermine une baisse de la proportion féminine des candidats beaucoup plus que la présence d'enfants au foyer. Nous trouvons en effet: 49 hommes mariés, soit 26,8%, pour 16 femmes mariées, soit 12,5% (nous avons inclus dans ces chiffres les personnes vivant maritalement: 3 hommes et 1 femme, étant donné leur petit nombre). Au contraire, 50 hommes, soit 27,3%, et 33 femmes, soit 25,8%, avaient des enfants à charge.

Par contre, les sujets vivant séparés ou veufs se retrouvent plus souvent chez les femmes: 20 (dont 3 veuves), soit 15,6%, pour 5 hommes (dont 1 veuf), soit 2,73% seulement.

Enfin, il semble intéressant d'examiner le cas des assurés dont l'état-civil s'est modifié depuis la sortie du Centre de Rééducation.

28 femmes, soit 21,9%, et 6 hommes, soit 3,28%, se sont mariés et 8 d'entre eux (2 hommes et 6 femmes), ont un ou des enfants à charge. Le nombre d'hommes mariés est certainement supérieur en réalité. Il n'est pas possible cependant de le préciser, la question "situation familiale" n'étant pas incluse dans le "questionnaire" essentiellement professionnel utilisé dans les demandes de renseignements en "suites de placement".

Pour les femmes, le changement habituel de nom patronimique lors du mariage, facilite le dénombrement des anciennes stagiaires mariées. Pour elles, d'ailleurs, le changement de situation familiale s'accompagne d'un changement souvent radical de leur vie professionnelle, car la plupart abandonnent alors toute activité professionnelle pour se consacrer exclusivement à leur foyer.

Nous résumerons la situation familiale de nos candidats à la rééducation professionnelle dans le tableau suivant:

| | Hommes: 183 | | Femmes: 128 | | Total: 311 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Célibataires ..... | 133 | [illegible] | 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Mariés ..... | 49 | 26,8 % | 16 | 12,5% | 65 | 20,9 % |
| Séparés, divorcés ou veufs .. | 5 | 2,73% | 20 | 15,6% | 25 | 8,05% |
| Ayant enfants à charge ..... | 50 | 27,3 % | 33 | 25,8% | 83 | 26,7 % |
| Mariés après rééducation .... | 6 | 3,28% | 28 | 21,9% | 34 | 10,9 % |

Avant d'aborder l'étude du dossier médical de nos assurés, il nous paraît utile de signaler un certain nombre de cas sociaux rencontrés chez ces anciens malades. La tuberculose pulmonaire est souvent citée parmi les maladies dites "psycho-somatiques" et il peut être intéressant de noter quelques éléments défavorables dans le contexte socio-familial des intéressés. Par ailleurs, les notions "d'environnement" ont pris beaucoup d'importance ces dernières années en Médecine du Travail et revêtent un intérêt accru lors de la reprise de travail d'anciens tuberculeux.

Chez nos 311 candidats, nous avons relevé 55, soit 17,7% de cas répartis en 28 hommes, soit 15,3%, et 27 femmes, soit 21,1%, pour lesquels les conditions sociales ou familiales paraissaient nettement défavorables.

Nous avons essentiellement retenu les sujets qui, s'étant trouvés dans des situations difficiles, paraissaient avoir mal surmonté ces difficultés. Celles-ci ont été soulignées au cours de l'entretien avec l'assistante sociale et confirmées à l'occasion de l'examen psychotechnique.

Pour la très grande majorité des candidats, les difficultés étaient d'ordre familial et dûes essentiellement à une carence affective dans l'enfance. En effet, 17 femmes et 14 hommes étaient orphelins de père et de mère, 3 femmes et 1 homme avaient perdu l'un de leurs parents, l'autre étant malade ou parti sans donner de ses nouvelles, 2 femmes et 3 hommes avaient souffert d'un milieu familial dissocié (parents séparés ou divorcés), une "frustration affective familiale" était signalée chez 2 hommes; enfin, 1 femme avait souffert de l'absence de ses parents, malades l'un et l'autre.

A côté de ces perturbations affectives "par défaut", remontant à l'enfance et intéressant 43 sujets sur 55, soit 78% (23 femmes et 20 hommes), nous relevons une "situation conflictuelle" de l'intéressé avec ses parents chez 3 femmes et 1 homme. Chez une femme, la situation familiale complexe (mari éthylique, en chômage, plusieurs enfants ...) était responsable d'une certaine anxiété. Chez 4 hommes (2 veufs, 1 divorcé, 1 en instance de divorce), l'absence de l'épouse déterminait une instabilité caractérielle et une tendance à l'alcoolisme.

Enfin, 2 étrangers, réfugiés seuls en France, souffraient de leur isolement, leur famille étant restée dans le pays d'origine.

Un homme s'est plaint à plusieurs reprises de ses mauvaises conditions de logement (baraque de jardin) !

Il aurait été intéressant de rechercher le mode d'habitat de nos candidats, car il semble bien qu'il était dans la majorité des cas défectueux: logement chez parents, amis, "chambre de bonne au sixième étage" pour plusieurs personnes, etc... Mais nos renseignements étaient trop fragmentaires: nous ne pouvons valablement en tirer des conclusions précises.

D'autre part, nous devons signaler dès à présent le nombre important d'anciens stagiaires qui, dès leur sortie de Centre de Rééducation, ont changé de domicile, certains à deux et trois reprises dans la même année, afin d'améliorer leurs conditions d'habitat et se rapprocher de leur lieu de travail.

Nous n'avons pas précisé l'âge des sujets signalés ci-dessus, cette indication ne nous ayant pas paru apporter de renseignements particuliers.

## ETUDE DU DOSSIER MEDICAL DES 311 "REEDUQUES"

### I - FORME de la MALADIE

Comme on peut le prévoir dans une population d'anciens malades, candidats à la reprise de travail, la majorité des lésions initiales étaient limitées. En effet, 152 dossiers (48,9%) mentionnaient une atteinte pulmonaire unilatérale, le plus fréquemment représentée par un infiltrat excavé sous-claviculaire. Dans 59 cas (19%), les lésions étaient bilatérales.

Nous citerons en marge 3 cas de primo-infection avec images de "complexe ganglio-pulmonaire" et 2 cas de pleurésie tuberculeuse avec atteinte parenchymateuse sous-jacente discrète.

D'autre part, il s'agissait d'une récidive unilatérale dans 36 cas (11,5%) et 41 fois (13,2%) d'une récidive bilatérale ou, plus rarement, contro-latérale.

Enfin, dans 18 cas (5,8%), la maladie avait évolué au cours de plusieurs années (4 - 5 ans et davantage), ne permettant pas la reprise d'activités professionnelles même partielles dans des conditions normales de travail.

Signalons dès maintenant que 56 (18%) anciens malades avaient été "dépistés systématiquement", le plus souvent à l'occasion d'examens médicaux du travail.

Par ailleurs, la maladie pulmonaire s'est compliquée d'une localisation tuberculeuse extra pulmonaire dans 23 cas (7,4%).

- Le sexe ne paraît pas déterminer de sensibles différences de proportion dans les formes cliniques de la maladie si ce n'est, et légèrement, dans 2 cas: il y a plus d'hommes atteints de tuberculose bilatérale, 24% contre 11,7% chez les femmes; les formes dites "chroniques" ou d'évolution très longue se retrouvent plus volontiers chez les femmes (9,4%) que chez les hommes (3,3%).

Par ailleurs, les récidives uni et bilatérales sont légèrement plus fréquentes chez les femmes: 14,1% et 16,4% au lieu de 9,3% et 11,5% chez les hommes.

La répartition des candidats selon la forme de leur tuberculose pulmonaire et en fonction de leur sexe peut se résumer dans le tableau suivant:

| | TOTAL | | HOMMES | | FEMMES | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Formes unilatérales | 152 | 48,9% | 91 | 49,7% | 61 | 47,7% |
| Formes bilatérales | 59 | 19 % | 44 | 24 % | 15 | 11,7% |
| Primo-infection et pleurésie | 5 | 1,6% | 4 | 2,2% | 1 | 0,8% |
| Récidives unilatérales | 35 | 11,3% | 17 | 9,3% | 18 | 14,1% |
| Récidives bilatérales | 42 | 13,5% | 21 | 11,5% | 21 | 16,4% |
| Formes "chroniques" | 18 | 5,8% | 6 | 3,3% | 12 | 9,4% |

- L'âge des malades peut également être un facteur important dans la répartition des formes de la tuberculose.

Chez les femmes, nous trouvons 61 atteintes unilatérales (47,7%) réparties chez:

- moins de 20 ans ..... 14
- 20 à 24 ans ..... 23
- 25 à 29 ans ..... 12
- 30 à 34 ans ..... 6
- 35 à 39 ans ..... 4
- 40 à 44 ans ..... 0
- plus de 45 ans ..... 2

Les 15 formes bilatérales sont observées chez:

- moins de 20 ans ..... 3
- 20 à 24 ans ..... 6
- 25 à 29 ans ..... 3
- 30 à 34 ans ..... 1
- 35 à 39 ans ..... 2

Les récidives unilatérales ont atteint 18 femmes, soit 14,1%:

- moins de 20 ans ..... 2
- 20 à 24 ans ..... 4
- 25 à 29 ans ..... 7
- 30 à 34 ans ..... 4
- 35 à 39 ans ..... 1

Les récidives bilatérales sont retrouvées chez 21 femmes (16,4%):

- moins de 20 ans ..... 1
- 20 à 24 ans ..... 4
- 25 à 29 ans ..... 4
- 30 à 34 ans ..... 5
- 35 à 39 ans ..... 6
- 40 à 45 ans ..... 1

Les formes "chroniques" étaient observées chez 12 femmes, soit 9,4%:

- moins de 20 ans ..... 3
- 20 à 24 ans ..... 5
- 25 à 29 ans ..... 2
- 30 à 34 ans ..... 2

Chez les hommes nous trouvons 91 atteintes unilatérales, soit 49,7%, réparties ainsi:

- moins de 20 ans ..... 20
- 20 à 24 ans ..... 28
- 25 à 29 ans ..... 18
- 30 à 34 ans ..... 17
- 35 à 39 ans ..... 7
- Plus de 45 ans ..... 1

Les 44 formes bilatérales (24%) sont observées chez les hommes:

- moins de 20 ans ..... 12
- 20 à 24 ans ..... 9
- 25 à 29 ans ..... 14
- 30 à 34 ans ..... 5
- 35 à 39 ans ..... 3
- Plus de 45 ans ..... 1

Les récidives unilatérales ont atteint 17 hommes, soit 9,3%:

- 20 à 24 ans ..... 3
- 25 à 29 ans ..... 6
- 30 à 34 ans ..... 3
- 35 à 39 ans ..... 4
- 40 à 44 ans ..... 1

Les récidives bilatérales sont retrouvées chez 21 hommes (11,5%) et réparties ainsi:

- moins de 20 ans ..... 2
- 20 à 24 ans ..... 4
- 25 à 29 ans ..... 3
- 30 à 34 ans ..... 5
- 35 à 39 ans ..... 4
- 40 à 44 ans ..... 2
- Plus de 45 ans ..... 1

Les formes chroniques étaient observées chez 6 hommes (3,3%):

- 30 à 34 ans ..... 3
- 35 à 39 ans ..... 3

Tous les groupes d'âge sont donc représentés dans ces tableaux et la répartition des formes de la maladie en fonction de l'âge ne paraît pas significative ni chez les femmes ni chez les hommes.

- L'étude des antécédents pneumo-phtisiologiques de nos malades révèle une primo-infection dans l'enfance dans 21 cas, soit 6,75%, une pleurésie séro-fibrineuse dans 16 cas, soit 5,15%, et des bronchectasies dans 7 cas, soit 2,25%.

Bien souvent le malade avait subi plusieurs poussées évolutives de sa tuberculose, entrecoupées de périodes plus ou moins longues de "stabilisation radiologique" apparente et de reprise de travail.

Nous avons relevé les chiffres suivants:

Formes unilatérales: 36

- 1ère récidive ..... 24
- 2ème récidive ..... 10
- 3ème récidive ..... 2

Formes bilatérales: 41

- 1ère récidive ..... 21
- 2ème récidive ..... 14
- 3ème récidive ..... 6

Pour ces malades qui avaient été traités avant l'ère des antibiotiques, la cure de repos simple a été complétée par une collapsothérapie 40 fois, soit 12,9%. Dans 29 cas il s'agissait d'un pneumothorax unilatéral, dans 11 cas le collapsus a été bilatéral.

Pour 19 malades, soit 6,1%, une intervention chirurgicale a été pratiquée :

- thoracoplastie ..... 3 fois
- exérèse (lobectomie) ..... 2 fois
- pneumothorax extrapleural ..... 5 fois
- spléotomie ..... 1 fois
- phrénicectomie ..... 2 fois
- extra-musculo-périosté ..... 1 fois

Quelques malades ont subi plusieurs interventions chirurgicales:

- thoracoplastie et exérèse ..... 2 fois
- pneumothorax extra-pleural puis thoracoplastie ..... 1 fois
- pneumothorax extrapleural suivi d'une phrénicectomie ..... 1 fois
- pneumothorax extrapleural suivi d'une spléotomie ..... 1 fois
- exérèse associée à une décortication pleurale ..... 1 fois

- Le dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire a été signalé, comme nous l'avons noté au début de ce chapitre, chez 56 sujets, soit 18% de l'ensemble des candidats.

Le dépistage intéressait 34 hommes et 22 femmes, les examens systématiques étaient faits le plus souvent par les services de médecine du travail.

Il s'agissait 44 fois d'une atteinte pulmonaire unilatérale; dans 10 cas, les deux champs pulmonaires étaient malades et, 2 fois, une évolution contro-latérale a été révélée.

La forme de la maladie est résumée, selon le sexe des malades, dans le tableau suivant:

| | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| Formes unilatérales | 25 | 19 |
| Formes bilatérales | 8 | 2 |
| Récidives contro-latérales | 1 | 1 |
| | 34 | 22 |

Les malades "dépistés" se répartissaient par groupes d'âges de la manière suivante :

| | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| - moins de 20 ans | 9 | 6 | 15 |
| - 20 à 24 ans | 13 | 9 | 22 |
| - 25 à 29 ans | 8 | 3 | 11 |
| - 30 à 34 ans | 3 | 2 | 5 |
| - 35 à 39 ans | 1 | 1 | 2 |
| - 40 à 44 ans | - | - | - |
| - Plus de 45 ans | - | 1 | 1 |

Comme on pouvait le prévoir, la grande majorité des candidats "dépistés" par ces examens d'embauche se trouvent parmi les plus jeunes (moins de 30 ans).

- Nous avons remarqué au début de ce chapitre l'existence de 23 formes associées ou localisations tuberculeuses extrapulmonaires chez 11 femmes (8,6% de celles-ci) et 12 hommes (6,6% de ceux-ci).

L'appareil génito-urinaire a été le plus souvent atteint :

- 7 fois (5 fois chez les hommes et 2 fois chez les femmes),

le maximum de fréquence se trouve ensuite pour les tuberculoses bronchiques : 4, et laryngées : 2.

Nous relevons par ailleurs :

- 1 abcès froid sterno-claviculaire
- 2 atteintes ganglionnaires
- 3 localisations ostéo-articulaires
- 2 mal de Pott
- 1 arthrite scapulo-humérale.

Ont été également observées :

- 1 péricardite tuberculeuse
- 1 atteinte méningée
- 1 péritonite tuberculeuse
- 1 tuberculose intestinale.

Ces "formes associées" venaient compliquer la tuberculose pulmonaire dans ses différentes formes cliniques ou radiologiques.

Les tuberculoses pulmonaires unilatérales étaient associées, chez les hommes, à:

- une fistule bronchique ..... 1 fois
- une laryngite ..... 1 fois
- un mal de Pott ..... 1 fois
- une arthrite scapulo-humérale ..... 1 fois
- une orchi-épididymite ..... 2 fois.

Chez les femmes, il s'agissait de:

- tuberculose bronchique ..... 1 fois
- péritonite ..... 1 fois
- adénopathie cervicale ..... 1 fois.

Les tuberculoses pulmonaires bilatérales se sont trouvées associées chez les hommes à:

- une tuberculose rénale ..... 2 fois
- une atteinte méningée ..... 1 fois
- une tuberculose intestinale ..... 1 fois

Chez les femmes, nous relevons également 4 associations:

- 1 péricardite
- 1 mal de Pott
- 1 tuberculose bronchique
- 1 abcès froid.

Les "récidives" ont été compliquées de lésions extra-pulmonaires seulement chez les femmes:

- 1 fois une récidive pulmonaire unilatérale était associée à une tuberculose rénale
- 1 fois une récidive pulmonaire bilatérale était associée à une tuberculose bronchique.

Enfin, dans le groupe des tuberculoses à "forme chronique", nous remarquons chez les hommes: 2 atteintes rénales
chez les femmes: 1 tuberculose laryngée.

L'âge des malades porteurs de ces localisations extra-pulmonaires est donné dans les deux tableaux suivants:

Chez les hommes, 3 malades âgés de moins de 20 ans:

- 1 tuberculose rénale
- 1 arthrite scapulo-humérale
- 1 fistule bronchique

3 malades âgés de 25 à 29 ans:

- 1 tuberculose intestinale
- 1 orchi-épididymite
- 1 méningite

5 malades âgés de 30 à 34 ans:

- 1 mal de Pott
- 1 fistule bronchique
- 1 laryngite
- 2 tuberculoses uro-génitales

Chez les femmes, 3 malades âgées de moins de 20 ans:

- 1 tuberculose bronchique
- 1 abcès froid sterno-claviculaire
- 1 adénopathie cervicale

3 malades âgées de 20 à 24 ans:

- 1 péritonite
- 1 tuberculose génitale
- 1 mal de Pott

1 malade âgée de 25 à 29 ans:

- 1 péricardite

1 malade âgée de 30 à 34 ans:

- 1 tuberculose bronchique

2 malades âgées de 35 à 39 ans:

- 1 laryngite
- 1 tuberculose bronchique.

Les tuberculoses de localisation extra-pulmonaire, de même que les différentes formes pulmonaires de la maladie, sont donc observées dans les deux sexes dans tous les groupes d'âges.

## II - EVOLUTION DE LA MALADIE et MODALITES DU TRAITEMENT

Dans la plupart des cas, les malades ont été traités dans un établissement de soins spécialisé (Centre de phtisiologie, hôpital, sanatorium ou, quelquefois, hôtel de cure).

Certains sujets ont terminé leur cure de repos à domicile avant leur entrée en centre de rééducation, mais très peu, 14 au total, soit 4,5% (7 hommes et 7 femmes) ont reçu leur traitement exclusivement chez eux.

Si l'on recherche l'incidence de la situation familiale et de l'âge des malades sur ce "home care", on constate:

Chez les hommes:

- 2 malades âgés de 20 à 24 ans célibataires
- 2 malades âgés de 25 à 29 ans célibataires
- 1 malade âgé de 30 à 34 ans marié
- 2 malades âgés de 35 à 39 ans mariés

Chez les femmes:

- 1 malade âgée de 20 à 24 ans célibataire
- 2 malades âgées de 25 à 29 ans mariées
- 2 malades âgées de 30 à 34 ans 1 célibataire, 1 divorcée
- 2 malades âgées de 35 à 39 ans 1 célibataire, 1 divorcée.

La situation familiale et l'âge, sauf pour les plus jeunes (le premier groupe d'âges des "moins de 20 ans" n'étant pas représenté), ne paraîssent donc pas intervenir dans la décision des malades de se soigner chez eux.

La "chronicité" ou la longueur de la maladie ne paraît pas non plus être un facteur déterminant du traitement à domicile. Nous ne trouvons en effet qu'un homme et une femme porteur d'une tuberculose ancienne ou à récidives multiples.

Si l'on considère une durée de 6 mois comme minimum de traitement en établissement de cure, nous trouvons 253 malades, soit 81,4%, répartis en 147 (80,3%) hommes et 106 (82,8%) femmes, traités en établissement de soins.

Enfin les 45 malades, soit 14,5%, qui ont subi une intervention chirurgicale ont effectué un séjour plus ou moins prolongé en service de chirurgie thoracique avant de retourner terminer leur convalescence en établissement de cure. Un seul homme, après son traitement chirurgical, est rentré chez lui et a terminé sa cure de repos à domicile.

Ces 45 malades se répartissaient en 29 hommes, soit 15,8%, et 16 femmes, soit 12,5%.

Leur âge est donné dans le tableau suivant:

| | | |
|---|---|---|
| Hommes: | - moins de 20 ans | 3 |
| | - 20 à 24 ans | 3 |
| | - 25 à 29 ans | 3 |
| | - 30 à 34 ans | 3 |
| | - 35 à 39 ans | 11 |
| | - 40 à 44 ans | 1 |
| Femmes: | - moins de 20 ans | 3 |
| | - 20 à 24 ans | 3 |
| | - 25 à 29 ans | 7 |
| | - 30 à 34 ans | 3 |

Nous remarquons que les hommes opérés étaient plus nombreux dans le groupe d'âges de 35 à 39 ans, alors que les femmes opérées étaient plus jeunes puisqu'aucune d'elles n'avait dépassé 35 ans.

Les interventions chirurgicales comportaient chez les 29 hommes

| | |
|---|---|
| - une thoracoplastie | 3 fois |
| - une décortication pleurale associée à une thoracoplastie | 2 fois |
| - une décortication seule | 2 fois |
| - une lobectomie | 7 fois |
| - une exérèse segmentaire | 10 fois |
| - une thoracoplastie après exérèse | 5 fois |

Chez les 16 femmes:

| | |
|---|---|
| - un pneumothorax extra pleural | 1 fois |
| - une exérèse ( 2 segmentectomies ) ( 5 lobectomies ) ( 2 pneumonectomies ) | 9 fois |
| - une lobectomie associée à une décortication | 2 fois |
| - une pneumonectomie associée à une thoracoplastie | 2 fois |
| - une exérèse polysegmentaire suivie d'une thoracoplastie | 1 fois |
| - une thoracoplastie seule | 1 fois |

Les interventions pratiquées chez les femmes étaient peut-être plus étendues, mais les différences entre les sexes ne sont pas très importantes.

Chez les malades ayant une tuberculose associée extra-pulmonaire opérée:

- 2 hommes ont eu une néphrectomie
- 3 femmes ont été opérées:
  - l'une pour un mal de Pott
  - une autre pour une tuberculose rénale (néphrectomie)
  - la troisième pour une adénopathie cervicale.

INCIDENTS SURVENUS AU COURS DU STAGE DE REEDUCATION

Chez 7 candidats (2,25%), 3 hommes et 4 femmes, nous avons observé une poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire au cours du stage de rééducation. Les hommes ont pu reprendre leur formation professionnelle à une session ultérieure, mais 3 femmes sur les 4 malades ont interrompu définitivement leur stage.

Il peut être intéressant d'étudier chez ces anciens malades, victimes de "rechute" à la reprise d'activité, la forme de la maladie initiale ayant motivé le reclassement professionnel.

Chez les 3 hommes, il s'agissait déjà de récidive:

- première récidive unilatérale pour l'un
- première récidive bilatérale pour le deuxième
- troisième récidive bilatérale pour le dernier.

Chez les 4 femmes, il s'agissait:

- d'une atteinte pulmonaire unilatérale: une seule fois
- d'une atteinte pulmonaire bilatérale associée à une tuberculose bronchique: une fois
- d'une première récidive bilatérale: une fois
- d'une forme "chronique" chez la dernière.

Bien que ce groupe de candidats soit en très faible proportion, il est assez remarquable de constater que 4 d'entre eux sur 7 (1 homme et 3 femmes) avaient moins de 20 ans; les 3 autres ayant: la femme de 30 à 34 ans, et les deux hommes de 35 à 39 ans.

D'autre part, 6 sur ces 7 malades (les 4 femmes et 2 hommes) étaient célibataires, le dernier homme étant marié.

Nous venons de voir qu'une évolution pulmonaire tuberculeuse était responsable de l'interruption définitive de stage de 3 candidats.

Des affections intercurrentes ou des traumatismes sont venus également perturber la rééducation professionnelle chez 12 stagiaires, soit 3,86%, et 11 autres, soit 3,54%, ont dû arrêter définitivement leur formation pour une cause médicale non tuberculeuse.

Les interruptions temporaires de stage étaient dûes chez les 6 hommes à :

- des angines répétées
- une infection virale ayant entraîné une paraplégie des membres inférieurs
- un surmenage
- une hospitalisation pour troubles psychiques
- une intervention chirurgicale pour réimplantation de l'uretère chez un ancien tuberculeux rénal déjà opéré
- une maladie non précisée.

Chez les 6 femmes, la cause médicale d'arrêt de stage était:

- un cancer du larynx greffé sur une tuberculose laryngée (reprise du stage après radiothérapie)
- un rhumatisme articulaire aigu
- un phlegmon de la gorge
- un syndrome hémorragique ayant motivé l'hospitalisation d'urgence
- une maladie non précisée
- une fracture du poignet au début d'un stage de sténo-dactylographie ayant entraîné une orientation ultérieure vers une formation de comptabilité.

Les interruptions définitives de stage pour raisons médicales sont dûes chez les 2 hommes à:

- une hospitalisation en établissement psychiâtrique
- une surinfection répétée non tuberculeuse de bronchectasies

Chez les 9 femmes:

- 2 étaient enceintes et n'ont pas repris le stage après l'accouchement

- 3 ont présenté des troubles psychiques
- 2 ont eu des lombalgies aggravées par le travail effectué en stage
- 1 a présenté une péri-arthrite scapulo-humérale
- 1 a dû interrompre sa rééducation pour un état de fatigue important.

III - SEQUELLES FONCTIONNELLES - AUTRES DEFICIENCES

Certains malades ont gardé des séquelles fonctionnelles de leur maladie pulmonaire, pouvant avoir une incidence fâcheuse sur leur vie professionnelle.

Chez les 18 anciens malades, soit 5,8%, (6, soit 3,3% des hommes, et 12, soit 9,4% des femmes), il s'agissait d'une dyspnée d'effort modérée.

Cette gêne respiratoire (il serait excessif de parler "d'insuffisance respiratoire") était observée chez des anciens malades ayant eu des lésions étendues et d'évolution prolongée.

Nous trouvons en effet chez les femmes:

- 5 formes "chroniques"
- 3 récidives bilatérales
- 3 récidives unilatérales
- 1 seule première atteinte unilatérale.

Chez les hommes, on relève:

- 1 forme "chronique"
- 3 récidives bilatérales
- 1 récidive unilatérale
- 1 première atteinte bilatérale.

L'âge de ces anciens malades était variable:

sur les 6 hommes:

- 20 à 24 ans ..... 2
- 30 à 34 ans ..... 2
- 34 à 39 ans ..... 2

Pour les 12 femmes:

- 25 à 29 ans ..... 3
- 30 à 34 ans ..... 7
- 40 à 44 ans ..... 2

La moitié de ces "dyspnéiques" modérés étaient âgés de 30 à 34 ans et un peu plus des trois quarts (78%) avaient moins de 34 ans .

Il convient de signaler que la stabilisation radiologique pulmonaire a été obtenue chez 5 malades, soit 1,6% (3 hommes et 2 femmes) au prix de dilatations bronchiques qui représentaient chez ces sujets une déficience non négligeable. La relative fréquence des surinfections saisonnières chez ces anciens malades explique en partie leur absentéisme fréquent.

Ces bronchectasies ne venaient pas compliquer des formes particulièrement anciennes de la tuberculose. Elles se sont constituées en effet:

- 2 fois après une atteinte première unilatérale (chez 1 homme et 1 femme
- 1 fois après une première atteinte bilatérale chez 1 homme
- 2 fois après une récidive bilatérale (chez un homme et 1 femme).

Certains malades, 12 (soit 3,86%), 4 hommes et 8 femmes, avaient présenté dans leur enfance une manifestation extra-pulmonaire de la tuberculose dont ils gardaient des séquelles fonctionnelles plus ou moins importantes.

Chez les hommes, on relevait des antécédents de:

- coxalgie
- adénite cervicale
- ostéite tibiale
- arthrite scapulo-humérale.

Chez les femmes, il s'agissait de:

- mal de Pott (2 fois)
- coxalgie
- synovite du pied
- tumeur blanche du genou
- adénite cervicale
- kyste synovial du poignet
- salpingite tuberculeuse opérée.

Les autres déficiences peuvent intéresser les divers appareils. Nous avons relevé celles dont l'incidence en médecine du travail pouvait intervenir dans le choix de l'orientation professionnelle .

Les troubles de la vision étaient au nombre de 13, soit 4,2%.

. L'anomalie la plus fréquemment observée était le daltonisme, 8 cas sur 13
. Nous avons relevé ensuite 3 cas de strabisme
1 cécité de l'oeil gauche après ophtalmie purulente et
1 cécité congénitale de l'oeil droit.

En otologie, 6 observations (1,9%) ont été notées de surdité, partielle dans 5 cas, et totale une fois. Ces troubles ont presque toujours été rapportés à une intoxication de la "huitième paire cranienne" par la streptomycine.

Les troubles neuro-psychiques sont retrouvés avec une certaine fréquence: 25 fois, soit 8%, chez 9 hommes et 16 femmes.

Nous pourrions rapprocher de ce groupe une femme "gauchère mal adaptée" qui, sans être malade réellement, était gênée dans son travail par cette anomalie.

A part l'un des hommes, présentant une comitialité, dans tous les autres cas (24), il s'agissait de manifestations névropathiques qui ont perturbé la formation professionnelle et souvent le reclassement dans son étape finale: le placement et la reprise de travail normal. En effet, dans ces cas le sujet s'était souvent "réfugié" dans la maladie et ne parvenait pas à surmonter les multiples difficultés qui l'assaillaient à la sortie du Centre de Rééducation.

Il nous a paru intéressant de préciser chez ces 24 psychopathes l'âge, la situation familiale et l'existence éventuelle d'une situation "conflictuelle" familiale dans l'enfance.

La répartition par groupes d'âges est donnée par le tableau suivant:

| | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| - moins de 20 ans | - | 1 | 1 |
| - 20 à 24 ans | 2 | 1 | 3 |
| - 25 à 29 ans | 1 | 2 | 3 |
| - 30 à 34 ans | 3 | 8 | 11 |
| - 35 à 39 ans | 2 | 3 | 5 |
| - 40 à 44 ans | - | 1 | 1 |

Les célibataires étaient les plus nombreux: 6 hommes et 11 femmes. Nous trouvons ensuite 3 mariés avec des enfants à charge (1 homme et 2 femmes), puis 4 divorcés (1 homme et 3 femmes) parmi lesquels une femme n'avait pas d'enfant.

Bien qu'il soit difficile d'interpréter les résultats sur un si petit groupe, nous remarquons la plus grande fréquence des personnes isolées (célibataires, divorcés) et sans charge de famille.

Nous relevons dans la biographie très sommaire de 8 de ces 24 malades une situation familiale difficile ou une carence affective dans l'enfance.

Chez 2 hommes: l'un était orphelin de père et de mère, l'autre était divorcé depuis quelques années et avait glissé vers l'alcoolisme.

Chez les 6 femmes: 2 étaient orphelines, l'une d'elles étant pupille de l'Assistance Publique; une autre s'était trouvée isolée, ses deux parents étant malades; 2 autres avaient souffert d'un milieu familial dissocié; la dernière était orpheline, mariée, mais se trouvait isolée depuis l'hospitalisation de son mari, victime d'une fracture du crâne.

Dans plusieurs dossiers: 18 (soit 5,8%), nous avons remarqué l'existence de lombalgies, dorsalgies ou scolioses douloureuses. Les troubles de la statique ont pu intervenir dans l'orientation professionnelle des candidats (sténo-dactylographie en particulier) et leur apparition secondaire en cours de formation professionnelle a perturbé certaines rééducations.

Nous avons même signalé plus haut deux interruptions définitives de stage pour lombalgies. Il est curieux de constater la plus grande fréquence des femmes: 14 pour 4 hommes, victimes de cette déficience.

Mais, chez ces anciens malades, les manifestations douloureuses n'ont pu être rapportées à des séquelles d'intervention thoracique ancienne que dans un seul cas: une femme avait subi une pneumonectomie suivie d'une thoracoplastie, ainsi qu'une néphrectomie. Il est d'ailleurs remarquable de noter que dans ce cas la rééducation s'est poursuivie sans incident mais qu'une évolution pulmonaire tuberculeuse est survenue après 2 ans environ de reprise de travail normal.

Les accidents de travail et les traumatismes en général peuvent laisser des séquelles fonctionnelles plus ou moins importantes et parfois gênantes pour le reclassement professionnel ultérieur du malade. Nous avons relevé des antécédents traumatiques chez 8 hommes et 4 femmes, soit 12 cas (3,86% de l'ensemble des candidats).

Chez les hommes nous trouvons:

- une fracture du calcanéum
- un traumatisme de l'épaule droite qui a d'ailleurs fait découvrir radiologiquement la tuberculose pulmonaire
- un accident de scooter ayant entraîné un coma
- un accident de la route (en motocycle) responsable de polyfractures des membres et du thorax
- une sciatique consécutive à un tassement de vertèbres après saut en parachute
- un accident du travail au niveau d'un doigt ayant déterminé une incapacité partielle permanente de 4%
- une amputation partielle d'un index droit après accident du travail (incapacité partielle permanente non fixée)
- des séquelles douloureuses après traumatisme du genou droit.

Chez les femmes il s'agissait de:

- fracture du crâne
- accident de circulation ayant provoqué une contusion de la jambe (incapacité partielle permanente de 3%)
- amputation de phalange à la suite d'un accident de travail
- amputation congénitale de la main droite; ce dernier cas a été rattaché au groupe des accidentés du fait du déficit fonctionnel imposé à l'infirme.

Chez 28 malades, soit 9% (16 hommes et 12 femmes), des antécédents pathologiques médicaux non tuberculeux divers ont été mentionnés. Il est utile de les citer pour leur interférence possible dans le comportement du sujet pendant son stage de rééducation et à la reprise de travail ultérieure.

Parmi les hommes nous trouvons:

- le plus souvent, 4 fois, un asthme dont les premières manifestations remontent à l'enfance
- un ulcus duodénal chez 2 anciens malades
- une parasitose coloniale (paludisme, dysenterie) chez 3 autres
- une poliomyélite
- une myopathie
- une scoliose grave
- un rhumatisme articulaire aigu
- une endocardite infectieuse
- des troubles circulatoires des membres inférieurs (varices)
- une hydrocèle vaginale (sans tuberculose rénale associée).

Parmi les femmes nous observons:

- des troubles circulatoires des membres inférieurs (varices) rendant la station debout pénible chez 3 malades
- un fibrôme traité médicalement
- une salpingo-ovarite opérée
- un rhumatisme articulaire aigu
- une tachycardie sinusale chez une ancienne choréïque
- une lithiase biliaire et rénale
- une péri-arthrite scapulo-humérale
- un abcès du poumon draîné chirurgicalement
- un asthme ancien (début dans l'enfance)
- des réactions allergiques chez une malade (bronchite diffuse et eczéma en particulier).

Chez 12 malades (8 hommes et 4 femmes), soit 3,86%, nous avons noté des antécédents pathologiques chirurgicaux.

Il s'agissait chez les hommes:

- 5 fois d'une gastrectomie pour ulcus, l'un de ces gastrectomisés ayant également subi une néphrectomie pour maladie non tuberculeuse,
- dans un autre cas, une simple "suture gastrique" après perforation d'ulcus a été signalée,
- chez les deux autres malades, nous relevons une greffe du tympan et une intervention pour sinusite frontale.

Chez les femmes il s'agissait de:

- une hystérectomie
- une hystéropexie
- une trachéotomie pour oedème laryngé
- une appendicectomie suivie d'une cure radicale de double hernie crurale chez une ancienne cholecystectomisée.

Pour terminer l'étude du dossier médical de nos candidats, il convient de signaler les cas d'éthylisme.

Nous avons trouvé 9 alcooliques, soit 4,9% des hommes, les femmes n'étant pas représentées dans ce groupe de malades qui correspond à 2,9% de la totalité des candidats.

Ces malades étaient âgés de 35 ans et plus dans 5 cas. Ils se répartissaient par groupe d'âge de la manière suivante:

- 25 à 29 ans ..... 3
- 30 à 34 ans ..... 1
- 35 à 39 ans ..... 4
- 40 à 44 ans ..... 1

Nous trouvons d'autre part:

- 6 célibataires
- 2 hommes mariés et ayant des enfants
- 1 divorcé ayant des enfants à charge.

Aucun de ces candidats, sauf le dernier mentionné ci-dessus (divorcé), ne paraissait avoir rencontré de difficultés sérieuses dans leur milieu familial.

La forme de la maladie et la longueur des traitements antérieurs ne semblent pas avoir joué de rôle déterminant dans l'apparition de l'éthylisme:

- 5 anciens malades avaient une première atteinte pulmonaire
- 1 candidat avait fait une première récidive unilatérale
- 2 autres avaient eu une récidive bilatérale
- 1 seul avait une forme "chronique" de tuberculose évoluant depuis plusieurs années.

Aucun de ces malades n'a été traité à domicile; 3 d'entre eux ont subi une lobectomie.

Nous relevons, par ailleurs, 3 cas de troubles psychiques et, parmi ces 3 malades, une indication d'hospitalisation en milieu psychiâtrique pour tentative de suicide pendant le stage de rééducation.

Il faut souligner enfin que l'éthylisme est responsable du renvoi disciplinaire du centre de rééducation de 3 stagiaires. Ces derniers ont renoncé définitivement par la suite au reclassement professionnel.

## EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE

### NIVEAU SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL DES CANDIDATS

I - SCOLARITE.-

L'étude de la scolarité de nos candidats révèle un niveau souvent assez bas puisqu'un tiers environ de la totalité: 93 soit 29,9% (51, soit 27,9% des hommes, et 42, soit 32,8% des femmes) avaient fréquenté l'école communale d'une façon irrégulière et peu profitable.

L'origine rurale de certains candidats, le début de la maladie tuberculeuse dès l'enfance, les changements de résidence de la famille, expliquent dans bien des cas cette insuffisance de scolarité à peu près identique chez les hommes et chez les femmes.

Cependant, la moitié environ des candidats: 146, soit 47% (97 soit 53% des hommes et 49, soit 38,3% des femmes) avait reçu un enseignement primaire normal sanctionné par la réussite au Certificat d'Etudes Primaires.

Certains sujets ont pu continuer leurs études en cours complémentaires, ils sont au nombre de 46, soit 14,8% (23 soit 12,6% des hommes et 23 soit 18% des femmes).

Enfin, un petit groupe a suivi des études à un stade supérieur: B.E.P.C. enseignement secondaire: 12 hommes, soit 6,5% et 14 femmes soit 10,9% (26 au total soit 8,3%).

La scolarité des candidats est donnée par le tableau suivant:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Etudes primaires insuffisantes | 51 | 27,9% | 42 | 32,8% | 93 | 29,9% |
| C.E.P. après scolarité normale | 97 | 53 % | 49 | 38,3% | 146 | 47 % |
| Cours complémentaire | 23 | 12,5% | 23 | 18 % | 46 | 14,8% |
| B.E.P.C.- enseignement secondaire | 12 | 6,6% | 14 | 10,9% | 26 | 8,3% |
| TOTAL | 183 | 100 % | 128 | 100 % | 311 | 100 % |

II - TRAVAIL SCOLAIRE EFFECTUE EN ETABLISSEMENT DE CURE.-

Dans de nombreux établissements de soins disposant d'un personnel enseignant (le plus souvent un instituteur détaché par le Ministère de l'Education Nationale), les malades qui le désiraient ont pu suivre un enseignement dit de "rattrapage scolaire".

Ceux qui avaient conservé une culture générale de base suffisante ont pu suivre d'autres cours, de mathématiques en particulier, utiles pour leur formation professionnelle.

Le travail de ces malades désirant se perfectionner a été stimulé et heureusement orienté dans certains cas par un examen de pré-orientation professionnelle. Il est nécessaire de souligner la valeur psychologique et l'intérêt pratique pour le reclassement professionnel ultérieur de cet examen pratiqué dès le début de la cure sanatoriale. Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre.

Nous avons relevé 133 anciens malades, soit 42,8%, ayant suivi un enseignement pendant la durée de leurs soins. Il est assez remarquable de constater le plus grand nombre d'hommes que de femmes. Nous observons en effet 91 soit 49,7% des hommes, pour 42, soit 32,8% des femmes.

Cette différence représente un écart significatif par rapport à la moyenne de l'ensemble du groupe citée plus haut: 42,8%.

L'âge de ces malades studieux est donné dans le tableau ci-après

| | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| - moins de 20 ans | 20 | 10 | 30 |
| - 20 à 24 ans | 25 | 15 | 40 |
| - 25 à 29 ans | 28 | 8 | 36 |
| - 30 à 34 ans | 9 | 5 | 14 |
| - 35 à 39 ans | 8 | 3 | 11 |
| - 40 à 44 ans | - | 1 | 1 |
| - 45 ans et plus | 1 | - | 1 |

Plus de la moitié de ces candidats, 70 soit 52,6%, était donc âgée de moins de 25 ans, et 106 (79,7%) avaient moins de 30 ans.

Il est curieux de noter que le plus grand nombre de ces malades "travailleurs" avait déjà un acquis scolaire parfois modeste mais permettant une admission en centre de rééducation professionnelle. En effet, 52 hommes et 18 femmes, soit au total 52,6% du groupe, étaient titulaires du Certificat d'Etudes Primaires alors que 22 hommes et 16 femmes, soit 28,6%, n'avaient pratiquement aucun acquis scolaire. Les 25 autres candidats, soit 18,8% (17 hommes et 8 femmes) avaient poursuivi leurs études en cours complémentaire ou dans l'enseignement secondaire.

III - NIVEAU SCOLAIRE (donné par l'examen psychotechnique)

Nous avons évalué le niveau scolaire de nos candidats par référence au Certificat d'Etudes Primaires, les connaissances équivalentes à ce diplôme représentant souvent un minimum exigé pour l'admission en centre de formation professionnelle.

Nous constatons un niveau scolaire inférieur au Certificat d'Etudes Primaires chez 31, soit 16,9% des hommes et chez 31, soit 24,2% des femmes, ce qui représente 62 cas, soit 20% de la population étudiée.

Le niveau scolaire était équivalent au Certificat d'Etudes Primaires chez 80, soit 43,7% des hommes, et chez 50, soit 39,1% des femmes, c'est-à-dire 130 candidats (41,8% de l'ensemble).

Nous avons trouvé un niveau scolaire supérieur au Certificat d'Etudes Primaires chez 72, soit 39,4% des hommes et 47, soit 36,7% des femmes, c'est-à-dire 119 candidats (38,2% au total).

Le tableau suivant résume le niveau scolaire des candidats:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Niveau inférieur au C.E.P. | 31 | 16,9% | 31 | 24,2% | 62 | 20 % |
| Niveau équivalent au C.E.P. | 80 | 43,7% | 50 | 39,1% | 130 | 41,8% |
| Niveau supérieur au C.E.P. | 72 | 39,4% | 47 | 36,7% | 119 | 38,2% |

Il peut être intéressant de comparer le niveau scolaire observé lors de l'examen psychotechnique avec la scolarité de nos malades et leur travail en sanatorium. Nous constatons effectivement un progrès général dans le niveau scolaire des candidats : nous ne trouvons plus que 16,9% des hommes et 24,2% des femmes d'un niveau inférieur au Certificat d'Etudes, alors que nous avions relevé 27,9% des hommes et 32,8% des femmes ayant eu une scolarité primaire insuffisante. Par ailleurs, nous trouvons 39,3% des hommes et 36,7% des femmes d'un niveau supérieur au Certificat d'Etudes, alors que seulement 19,1% des hommes et 28,9% des femmes avaient fréquenté un cours complémentaire ou secondaire.

IV - NIVEAU PROFESSIONNEL.-

L'appréciation du niveau scolaire des candidats au cours de l'examen psychotechnique est suivie d'une étude de leur biographie professionnelle.

Quelques anciens malades, peu scolarisés dans l'enfance, avaient reçu vers l'adolescence une formation professionnelle pratique. Nous relevons 62 cas, soit 20% de l'ensemble de la population étudiée, de sujets ayant fréquenté un centre d'apprentissage. Il y a davantage d'hommes: 45 (soit 24,6%) que de femmes: 17 (soit 13,3%).

D'autre part, nous trouvons 48 candidats, soit 15,4%, titulaires d'un Certificat d'Aptitudes Professionnelles, répartis en 40, soit 21,9% des hommes et 8 seulement des femmes, soit 6,3%. Le Certificat d'Aptitudes Professionnelles avait été obtenu après apprentissage soit dans une école professionnelle, soit chez un artisan. Il est d'ailleurs curieux de constater que les candidats n'exerçaient pas toujours le métier correspondant à celui pour lequel ils étaient qualifiés.

L'étude du degré de qualification professionnelle des métiers exercés par les candidats au moment de leur arrêt de travail révèle un niveau professionnel assez bas:

Nous trouvons 53 sujets, soit 17,1% (32, soit 17,5% des hommes et 21, soit 12,4% des femmes) exerçant un métier sans aucune qualification professionnelle.

Il convient de rapprocher de ce groupe celui dit des "services". Nous y avons inclus les gens de maison, les vendeurs, les livreurs, les serveurs, etc... Bien que ces travailleurs aient parfois un niveau scolaire équivalent au Certificat d'Etudes Primaires, leur métier ne leur donnait aucune qualification professionnelle. Ils étaient au nombre de 73, soit 23,5%. La proportion très largement supérieure de femmes: 54, soit 42,2%, par rapport aux hommes: 19, soit 10,4%, est dûe essentiellement au groupe des employés de maison en grande majorité féminine.

Nous devons mettre à part le groupe des apprentis. Ils sont relativement plus nombreux chez les garçons: 17 (soit 9,3%) que chez les filles. 3 (soit 2,3%). La faible représentation de ces jeunes travailleurs, 20 au total, soit 6,4%, confirme ce que nous disions dans l'introduction, à savoir la diminution de la tuberculisation chez les adolescents et le décalage de l'âge phtisiogène vers l'âge adulte.

Les emplois de bureau étaient représentés par 40 candidats, soit 12,8%, répartis en 13, soit 7,1% des hommes et 27, soit 21,2% des femmes. Là encore, nous remarquons la prédominance féminine.

Par contre, les dénominations professionnelles "ouvriers spécialisés" et "ouvriers professionnels" sont plus volontiers dénombrées dans la population masculine. Nous trouvons respectivement: 58, soit 18,7% d'ouvriers spécialisés répartis en 43, soit 23,5% des hommes, et 15, soit 11,7% des femmes; et 51, soit 16,4%, d'ouvriers professionnels, répartis en 50, soit 27,3% des hommes et 1 femme (0,8%).

Enfin deux petits groupes de travailleurs doivent être individualisés bien que très faiblement représentés. Ce sont d'une part les artisans et travailleurs indépendants, dont nous avons trouvé 5 hommes (2,7%) et 5 femmes (3,9%), soit 10 au total (3,2%). Ils possèdent probablement une qualification professionnelle qu'il est impossible de définir d'une manière précise en l'absence de diplôme ou de qualification clairement spécifiée.

D'autre part, les agents techniques et cadres moyens, plus qualifiés que l'ensemble des candidats, mais en très petit nombre puisque nous n'en trouvons que 6 (1,9% de l'ensemble): 4 hommes (2,2%) et 2 femmes (1,5%).

La répartition des candidats selon leur degré de qualification professionnelle est donnée dans le tableau suivant:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sans aucune qualification | 41 | 27,9% | 75 | 58,6% | 126 | 40,6% |
| (dont "services" ) | (20) | (10,9%) | (55) | (43 %) | ( 75) | (24 %) |
| Apprentis | 17 | 9,3% | 3 | 2,3% | 20 | 6,4% |
| Employés | 13 | 7,1% | 27 | 21,2% | 40 | 12,8% |
| Ouvriers Spécialisés | 43 | 23,5% | 15 | 11,7% | 58 | 18,7% |
| Ouvriers Professionnels | 50 | 27,3% | 1 | 0,8% | 51 | 16,4% |
| Artisans | 5 | 2,7% | 5 | 3,9% | 10 | 3,2% |
| Cadres Moyens | 4 | 2,2% | 2 | 1,5% | 6 | 1,9% |

V - METIER EXERCE.-

Nous avons classé les candidats par branche professionnelle de métier exercé à l'arrêt de travail. Comme on pouvait le prévoir, les deux tiers des hommes se recrutent parmi les professions industrielles et les métiers du bâtiment, alors que les femmes sont majoritaires dans les emplois de bureau, les "services" divers et les gens de maison.

Le tableau suivant donne la répartition de nos candidats en fonction de leur ancienne branche d'activité professionnelle:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bâtiment | 32 | 17,5% | - | - | 32 | 10,3% |
| Industries mécaniques<br>Métallurgie<br>Industrie automobile | 62 | 38,3% | 9 | 7 % | 71 | 22,8% |
| Radio-électricité<br>Chimie, bois, imprimerie<br>Industries diverses | 28 | 15,3% | 9 | 7 % | 37 | 11,9% |
| Textiles<br>Métiers annexes | 3 | 1,6% | 14 | 11 % | 17 | 5,5% |
| Alimentation | 9 | 4,9% | 3 | 2,3% | 12 | 3,9% |
| Bureaux, commerces | 15 | 8,2% | 35 | 27,4% | 50 | 16,1% |
| Services<br>(dont gens de maison) | 20<br>( 1) | 10,9%<br>( 0,5%) | 55<br>(25) | 43 %<br>(19,6%) | 75<br>(26) | 24 %<br>(8,3%) |
| Sans travail fixe | 13 | 7,1% | 3 | 2,3% | 16 | 5,1% |

Nous avons mis à part (donc non comptabilisé) le cas d'un jeune garçon fréquentant un cours complémentaire au moment de son dépistage, qui n'avait donc pas de passé professionnel, mais avait atteint l'âge moyen d'admission dans un établissement de formation professionnelle pour adultes (17 ans).

Il nous paraît fastidieux et dépourvu d'intérêt pratique d'énumérer les différents métiers compris dans ces branches professionnelles. Disons cependant que les métiers du gros oeuvre du bâtiment (maçon, cimentier) sont autant représentés que les métiers du second oeuvre (électricien, peintre, menuisier, serrurier, plombier, chauffage central). Par contre les "techniciens du bâtiment" (métreur, dessinateur), exigeant une qualification professionnelle plus poussée, ne sont pratiquement pas représentés.

Le groupe des industries mécaniques et métallurgiques comprend de nombreuses spécialités: tôliers, chaudronniers, fraiseurs, ajusteurs, soudeurs... ainsi que des ouvriers spécialisés sur presse ou machine.

La branche professionnelle intitulée "Bureau" comprend des métiers non qualifiés (employés aux écritures par exemple) et d'autres qualifiés (aide-comptable, mécanographe...).

Enfin, le dernier petit groupe de travailleurs réunit des sujets instables et non qualifiés ayant changé fréquemment d'employeurs aussi bien que de branches professionnelles et assurant des tâches subalternes (manoeuvre, manutentionnaire).

Nous nous sommes efforcés de préciser dans chaque branche professionnelle le nombre de travailleurs qualifiés en réunissant dans ce groupe les titulaires de Certificat d'Aptitudes Professionnelles travaillant dans le métier correspondant et les travailleurs dénommés ouvriers professionnels (P1, P2, P3).

Nous en trouvons 81 au total, soit 26%, répartis en 71, soit 38,8% des hommes et seulement 10, soit 7,8% des femmes. Ces dernières se trouvent exclusivement parmi les métiers du textile (couture) et les emplois de bureau (sténo-dactylographe, mécanographe).

La répartition des 71 hommes qualifiés par branches professionnelles est la suivante:

| | |
|---|---|
| - métiers du bâtiment | 21 |
| - industries mécaniques, métallurgiques industrie automobile | 31 |
| - radio-électricité | 3 |
| - imprimerie | 3 |
| - métiers du bois | 3 |
| - verrerie | 1 |
| - orfèvrerie | 1 |
| - métiers du textile et métiers annexes | 2 |
| - métiers de l'alimentation | 2 |
| - emplois de bureau | 4 |

Il nous paraît utile de nous arrêter quelque peu sur le cas des apprentis. Ces jeunes travailleurs étaient en cours de formation professionnelle lorsque la maladie les a touchés. Pour certains, le genre d'activité exercée à ce moment pouvait paraître excessif et cause d'un surmenage physique, lui-même à l'origine d'une baisse de défense générale de l'organisme favorable au développement de la tuberculose.

La répartition des apprentis par branches professionnelles est la suivante:

filles : 1 couturière
2 sténo-dactylographes

garçons : 1 tourneur
4 ajusteurs
1 soudeur
4 électriciens (dont 1 électricien du bâtiment)
1 mécanicien automobile
1 menuisier
1 boulanger
3 bouchers
1 élève de cours complémentaire.

En général, la maladie tuberculeuse ne constituerait pas en soi une inaptitude à la reprise de l'apprentissage interrompu. Mais l'intéressé souhaite mettre à profit le temps de repos imposé par le traitement en améliorant ses connaissances et en s'efforçant d'acquérir une qualification professionnelle supérieure à celle qu'il espérait de son premier apprentissage. C'est là un exemple de promotion sociale telle que nous l'avions annoncée dans l'introduction.

Nous devons également signaler dans le cas des apprentis (pour quelques rares individus heureusement il est vrai) la possibilité de difficultés de "prises en charge" administrative. Certains jeunes apprentis, isolés, non salariés (petite entreprise familiale par exemple) ou travaillant depuis trop peu de temps pour avoir cotisé personnellement le temps minimum nécessaire à une prise en charge de longue durée, pourront cependant bénéficier d'une telle prise en charge au titre "ayant droit" de leurs parents ou tuteur légal. Il conviendra cependant de ne pas oublier dans ce cas que la limite d'âge de 20 ans peut intervenir et priver le futur stagiaire pour quelques mois, à la fin de sa rééducation, des avantages pécuniers accordés par la Sécurité Sociale.

L'un des apprentis de notre étude s'est trouvé dans cette situation, et les frais de sa rééducation professionnelle ont été assumés en fin de stage par l'Aide Sociale.

Ce fait souligne l'intérêt d'un signalement précoce permettant le déroulement normal de la rééducation professionnelle, sans délais d'attente inutile avant l'admission en centre spécialisé.

VI - RESULTAT DE L'EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE.

A l'issue de l'examen subi par le candidat (entretiens, épreuves scolaires, tests), le psychotechnicien émet un avis sur la demande de rééducation professionnelle formulée par le candidat: favorable, acceptable ou "essai" avec réserves et demande de rapport à la fin du stage préparatoire.

Ces avis se répartissent de la manière suivante:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avis favorable | 129 | 70,5% | 93 | 72,7% | 222 | 71,4% |
| Avis acceptable | 46 | 25,1% | 30 | 23,4% | 76 | 24,4% |
| Avis essai | 8 | 4,4% | 5 | 3,9% | 13 | 4,2% |

Les proportions sont équivalentes chez les hommes et chez les femmes.

Chaque fois qu'un examen de "pré-orientation" avait pu être réalisé quelques mois auparavant, l'orientation définitive a été grandement facilitée. A la suite de cet examen, le sujet a pu en effet compléter et ainsi revaloriser son niveau scolaire en fonction de son éventuel futur métier.

Nous avons relevé 155 candidats, soit 49,8% ayant pu bénéficier d'un tel examen de pré-orientation, 105, soit 47,4% des hommes et 50, soit 39,1% des femmes.

Parmi ces 155 candidats pré-orientés, 125, soit 80,6%, ont obtenu un avis favorable à l'examen psychotechnique d'orientation définitive. Ils comprenaient 86 hommes sur les 105, soit 82%, et 39 femmes sur les 50, soit 78%.

La proportion d'avis favorable est donc légèrement plus élevée qu'en l'absence de pré-orientation.

## REEDUCATION PROFESSIONNELLE

### I - EXTERNAT-INTERNAT.-

La rééducation s'est effectuée soit en centre d'externat situé dans la région parisienne même, soit en centre à régime d'internat plus éloigné de l'agglomération urbaine.

La situation familiale et le caractère plus ou moins indépendant des candidats ont souvent influencé leur choix pour l'une ou l'autre formule de stage.

Nous trouvons 128 externes, soit 41,2%, et 183 internes, soit 58,8%.

Le sexe intervient nettement dans la répartition des stagiaires. Les trois quarts des hommes, soit 136 (74,3%) sont internes et 47 (25,7%) sont externes. A l'inverse, les femmes sont plus volontiers externes puisque nous en trouvons 81, soit 63,3%, pour 47 internes, soit 36,7%.

L'âge ne nous a pas paru influencer la répartition des candidats dans les externats et internats. Tous les groupes d'âges sont représentés proportionnellement au nombre de stagiaires externes et internes. Nous n'en rapporterons pas le détail qui serait fastidieux et sans grand intérêt.

La situation familiale par contre paraît déterminante d'une manière très caractéristique. Chez les hommes, les célibataires constituent les quatre cinquièmes des internes (108 sur 136) alors que les externes sont presque également partagés entre célibataires et sujets mariés.

Chez les femmes, les célibataires sont réparties presque également entre les externats et les internats. Mais toutes les femmes mariées, 16, et presque toutes les femmes divorcées ou veuves, (17 sur 20) sont externes.

Nous trouvons aussi parmi les externes 28 femmes ayant des enfants à charge, contre 5 internes chargées de famille.

En schématisant la répartition des candidats, on peut dire que proportionnellement à la population étudiée, l'externe est plus volontiers une femme mariée et l'interne un homme célibataire.

Nous avons résumé la répartition des stagiaires externes et internes en fonction de leur situation familiale dans le tableau suivant:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EXTERNES: | 47 | 25,7% | 81 | 63,3% | 128 | 41,2% |
| Célibataires | 20 | | 48 | | 68 | |
| Mariés | 25 | | 16 | | 41 | |
| Divorcés-veufs | 2 | | 17 | | 19 | |
| Ayant enfants à charge | 25 | | 28 | | 53 | |
| INTERNES: | 136 | 74,3% | 47 | 36,7% | 183 | 58,8% |
| Célibataires | 108 | | 44 | | 152 | |
| Mariés | 24 | | - | | 24 | |
| Divorcés-veufs | 4 | | 3 | | 7 | |
| Ayant enfants à charge | 25 | | 5 | | 30 | |

L'étude de la situation familiale doit donc intervenir dans la décision de rééducation professionnelle: l'externe femme, par exemple, ayant à assumer des tâches ménagères dans son foyer et devant supporter les fatigues du trajet pour se rendre au centre de rééducation.

Les délais d'admission exigés médicalement, pourront être prolongés d'une manière plus générale pour les externes, de façon à obtenir un maximum de sécurité et maintien de la stabilité physique obtenue.

II - DUREE ENTRE LE DEBUT de la MALADIE et l'ENTREE en CENTRE de [illegible]

Cette durée est intéressante à préciser en raison des incidences administratives éventuelles de prise en charge qu'elle peut déterminer: "limite des trois ans", demande de prise en charge une quatrième année etc...

Ces délais sont donnés par le tableau suivant:

| | HOMMES | | FEMMES | | [illegible] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moins de 18 mois | 74 | 40,4% | 33 | 25,8% | 107 | [illegible] |
| De 18 mois à 2 ans | 46 | 25,1% | 28 | 21,9% | 74 | [illegible] |
| De 2 à 3 ans | 41 | 22,4% | 38 | 29,7% | 79 | [illegible] |
| Plus de 3 ans | 22 | 12,1% | 29 | 22,6% | 51 | [illegible] |

Les deux premiers groupes pourront sans aucune difficulté effectuer leur stage, le troisième pourra déjà occasionner des démarches supplémentaires qui deviendront maximum pour les candidats du dernier groupe, heureusement moins nombreux.

III - STAGE PREPARATOIRE

Dans bien des cas la Commission Technique d'Orientation émet un avis favorable à la proposition de rééducation professionnelle, sous réserve d'inscription à un stage préparatoire dont la durée est habituellement de 3 mois. Ce travail préliminaire, uniquement scolaire mais très orienté sur les notions indispensables à l'apprentissage du métier choisi, est exigé des candidats d'un niveau un peu inférieur à celui qui est demandé à l'entrée des sections professionnelles proprement dites.

Nous avons relevé 182 cas, soit 58,5%, répartis en 115, soit 62,8% des hommes, et 67, soit 52,4% des femmes qui ont suivi un stage préparatoire à la rééducation professionnelle.

## IV - SPECIALITES ENSEIGNEES

Les formations reçues sont très diverses et différentes selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes. Nous avons regroupé les métiers appris en stage, pour faciliter l'exploitation des résultats, dans un nombre limité de rubriques correspondant à des branches professionnelles différentes.

Les stagiaires se répartissent de la manière suivante:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Métiers de la radio et de l'électricité | 82 | 44,8% | 23 | 18% | 105 | 33,8% |
| Industries mécaniques et travail des métaux | 15 | 8,2% | - | - | 15 | 4,8% |
| Emplois de bureau | 66 | 36,1% | 77 | 60% | 143 | 46 % |
| Habillement | 1 | 0,5% | 14 | 11% | 15 | 4,8% |
| Professions médicales et para-médicales | - | - | 14 | 11% | 14 | 4,5% |
| Métiers divers | 13 | 7,1% | - | - | 13 | 4,2% |
| Professions agricoles | 6 | 3,3% | - | - | 6 | 1,9% |

Chacun de ces groupes de métiers comportait un certain nombre de spécialités ou de formations voisines mais de niveaux de qualification différents.

Nous pouvons les détailler comme suit:

1) Métiers de la radio et de l'électricité:

| | |
|---|---|
| - Montage cablage radio-électrique ..... | 47 (30 hommes, 17 femmes |
| - Monteuse-soudeuse (formation peu spécialisée) ..... | 6 femmes |
| - Equipagistes ..... | 2 hommes |
| - Electro-mécanique et ajustage électricité (réparation d'appareils électro-ménagers) | 20 hommes |
| - Electricité automobile ..... | 1 homme |
| - Electricité du bâtiment ..... | 5 hommes |
| - Dépannage radio-électricité et matériel électronique (contrôle et régulation) ... | 21 hommes |
| - Electronique (agent technique) ..... | 3 hommes |

2) Industries mécaniques et travail des métaux:

| | |
|---|---|
| - Tour-fraisage ..... | 10 hommes |
| - Mécanique automobile ..... | 5 hommes |

3) Emplois de bureau:

| | |
|---|---|
| - Employés de bureau ..... | 4 (2 hommes, 2 femmes) |
| - Sténo-dactylographes ..... | 50 femmes |
| - Secrétariat médical ..... | 3 femmes |
| - Secrétariat commercial ..... | 1 femme |
| - Comptabilité ..... | 36 (19 hommes, 17 femmes |
| - Dessin industriel ..... | 49 (45 hommes, 4 femmes |

4) Métiers du vêtement:

| | |
|---|---|
| - Mécaniciennes, finisseuses en confection | 10 femmes |
| - Raccoutreuses ..... | 3 femmes |
| - Coupeur de vêtement ..... | 1 homme |
| - Couture (mesure-flou) ..... | 1 femme |

5) Professions médicales et para-médicales:

| | |
|---|---|
| - Infirmières sanatoriales ..... | 7 femmes |
| - Aides-soignantes ..... | 4 femmes |
| - Laborantines ..... | 3 femmes |

6) Métiers divers:

| | |
|---|---|
| - Aide-métreur ..... | 2 hommes |
| - Horlogerie ..... | 5 hommes |
| - Lunetterie ..... | 1 homme |
| - Photographie ..... | 2 hommes |
| - Orthopédie ..... | 1 homme |
| - Menuiserie ..... | 1 homme |
| - Revêtement du sol ..... | 1 homme |

7) Professions agricoles:

- Horticulture ..... 4 hommes
- Floriculture ..... 2 hommes

Nous avons indiqué ci-dessus les formations professionnelles réellement suivies. Quelques sujets ont en effet changé d'orientation professionnelle au début du stage, soit que malgré leurs efforts ils aient été incapables de suivre le rythme de travail de la section professionnelle , soit au contraire que leurs capacités se soient révélées supérieures et leur permettant d'acquérir un niveau de qualification professionnelle plus élevé.

Chaque fois, dans ce cas, le changement de section professionnelle a été réalisé à la suite d'un nouvel examen psychotechnique et de l'accord de la Commission Technique d'Orientation.

## V - INTERRUPTIONS DE STAGE

Nous avons signalé, dès le début de cette étude, que 29 stagiaires (11 hommes, 18 femmes) avaient interrompu leur formation professionnelle à des stades variables et pour différents motifs.

Pour 14 d'entre eux, rappelons-le, le motif était d'ordre médical:

- récidive de tuberculose pulmonaire 3 femmes
- troubles psychiâtriques 1 homme, 3 femmes
- autres causes médicales:
  - . dilatation des bronches 1 homme
  - . périarthrite scapulo-humérale 1 femme
  - . lombalgies 2 femmes
  - . asthénie 1 femme
- grossesse difficile 2 femmes

Pour les 15 autres stagiaires les motifs étaient d'ordre socio-familial:

- Convenances personnelles 6 hommes, 6 femmes
- Renvoi disciplinaire pour éthylisme et refus de nouveau stage dans un autre centre 3 hommes

L'interruption du stage s'est produit à des stades très variables dans la formation professionnelle.

Pour 7 élèves (2 hommes, 5 femmes) le stage a été réduit à 2 ou 3 mois. Il réalisait dans ces cas un réentraînement à l'effort un peu spécialisé qui n'a pas été inutile car il a permis une reprise du travail dans de meilleures conditions, comme nous le verrons plus loin.

La durée moyenne de stage a été de 6 mois pour 12 stagiaires (3 hommes, 9 femmes). Dans ce cas également la reprise ultérieure de travail a été souvent facilitée.

Enfin, 10 élèves (6 hommes et 4 femmes) ont dû quitter le Centre de rééducation 1 ou 2 mois avant la fin du stage. Ils avaient acquis les bases théoriques essentielles de leur futur métier mais ils manquaient d'entraînement et de rapidité d'exécution dans leur travail. La plupart ont pu se reclasser dans le métier appris mais à un niveau de qualification inférieur à celui qu'ils auraient obtenu avec une formation complète.

## VI - RESULTATS DE FIN DE STAGE

Rappelons que les notes détaillées obtenues par les stagiaires et les appréciations portées par les moniteurs des Centres de Rééducation sont régulièrement transmises pendant toute la formation professionnelle au Centre de Reclassement.

La fin du stage est habituellement sanctionnée par un examen comportant des épreuves théoriques et pratiques.

Dans de très nombreux centres cet examen constitue une épreuve "essai" avant l'examen officiel permettant l'obtention du Certificat d'Aptitudes Professionnelles.

Nous n'avons pas toujours pu obtenir confirmation des résultats de ces examens passés en dehors des Centres de Rééducation. Mais les cas d'échec, peu nombreux, nous ayant été signalés, nous pouvons assimiler les autres cas aux réussites d'examen de fin de stage.

Les résultats de ces examens sont donnés par le tableau suivant:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Réussite à l'examen de fin de stage | 158 | 86,3% | 107 | 83,6% | 265 | 85,2% |
| dont: Mention passable | 90 | 49,1% | 74 | 57,8% | 164 | 52,7% |
| Mention bien ou très bien | 68 | 37,2% | 33 | 25,8% | 101 | 32,5% |
| Echec | 14 | 7,7% | 3 | 2,3% | 17 | 5,5% |
| Stage interrompu | 11 | 6 % | 18 | 14,1% | 29 | 9,3% |

Pour ceux qui ont réussi avec mention "passable", ils représentent la moitié des candidats (52,7%), la formation professionnelle se termine heureusement avec l'obtention d'un diplôme qui va faciliter la dernière étape du reclassement professionnel: le placement et la reprise de travail normal.

Ceux qui ont échoué à l'examen ne représentent pas pour autant les très mauvais cas. En effet, 11 fois sur 17, les feuilles d'appréciations des moniteurs étaient assez satisfaisantes et l'on peut penser que l'échec est dû à un concours de circonstances malheureux, le jour même des épreuves.

Dans bien des cas, heureusement, le placement de ces candidats malchanceux n'a pas apporté de grandes difficultés. Mais la reprise du travail il est vrai s'est faite pour eux au prix d'une légère diminution de qualification professionnelle au départ, qu'ils ont souvent, d'ailleurs, rattrapée par la suite.

Rappelons à ce sujet que les Centres de Rééducation sont, en fait, des Centres de Formation Professionnelle pour adultes, spécialisés dans la rééducation de handicapés physiques et travaillant donc à un rythme progressif adapté aux déficiences. Néanmoins, le rythme général toujours accéléré des formations d'adultes peut ne pas être suivi par des sujets plus lents ou qui demandent un temps d'assimilation prolongé.

A l'opposé, la proportion de candidats ayant obtenu une mention "bien" ou "très bien" à l'examen de fin de stage est assez élevée, presque voisine du tiers de l'ensemble des élèves, avec un peu plus d'hommes (37,2%) = 68, que de femmes (25,8%) = 33.

L'étude du groupe des reçus avec mention "passable" n'apporte pas d'élément instructif. Par contre, l'observation des dossiers des candidats reçus avec mention "Bien" ou"très bien", peut être intéressante, examinons les rapidement.

L'âge de ces sujets brillants ne paraît pas intervenir, tous les groupes d'âge jusqu'à 40 ans sont représentés. La scolarité primaire régulière avec obtention du Certificat d'Etudes Primaires chez la moitié des femmes (17) et les deux tiers des hommes (45) pourrait expliquer les bons résultats obtenus.

Les candidats peu scolarisés dans leur enfance: 27 au total, (16 hommes, 11 femmes) ont travaillé efficacement pendant la durée de leurs soins. Nous retrouvons les 11 femmes (un tiers des femmes) et un peu plus d'hommes: 34 (soit la moitié) parmi les auditeurs de cours de rattrapage scolaire.

Le niveau scolaire lors de l'examen psychotechnique était encore au-dessous du niveau du Certificat d'Etudes Primaires pour les 11 femmes mais avait augmenté chez les hommes puisque nous trouvons 8 hommes de niveau inférieur au Certificat d'Etudes Primaires, alors que 16 n'avaient pas eu de scolarité suffisante.

Enfin, la conclusion de l'examen psychotechnique était favorable dans la grande majorité des cas puisque nous n'observons qu'un avis "essai" (chez un homme) et 20 avis "acceptables" (chez 17 hommes et 3 femmes).

L'effort de revalorisation scolaire a été poursuivi ensuite par ces candidats travailleurs. Nous constatons en effet la présence de 41 hommes et de 21 femmes dans les stages préparatoires aux sections professionnelles, celles-ci étant par ailleurs très diversifiées.

Les bons résultats obtenus par ces stagiaires apparaîssent donc comme la condusion logique d'un effort continu, commencé dès la période de soins en établissement de cure et soutenu aux différentes étapes du reclassement par les divers services intéressés: instituteurs, moniteurs, psychotechniciens.

# REPRISE DE TRAVAIL

## I - PLACEMENT

Cette dernière étape du reclassement professionnel n'était pas la moins ardue. Rappelons que le Centre "LEVEILLE" dispose d'un service "Placement" qui propose son aide aux rééduqués dès avant la fin de stage, afin d'éviter une période de chômage plus ou moins longue à la sortie du Centre de Rééducation.

De nombreux centres eux-mêmes, par l'intermédiaire de leur service social proposent des emplois à leurs stagiaires en fin de rééducation. Enfin, de nombreux sujets préfèrent se placer directement eux-mêmes, en utilisant les annonces de journaux ou revues spécialisées, ou la recommandation d'amis ou anciens collègues de travail.

Nous donnons ci-après la répartition des 311 rééduqués en fonction de leur mode de placement.

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Placement par l'assuré lui-même | 86 | 47 % | 62 | 48,4% | 148 | 47,6% |
| Par le Centre de Rééducation | 73 | 39,9% | 38 | 29,7% | 111 | 35,7% |
| Par le Centre "André Léveillé" | 18 | 9,8% | 15 | 11,7% | 33 | 10,6% |

Il manque dans cette répartition 19 sujets (6,1%), 6 hommes et 13 femmes. Parmi eux, 4 étaient malades à la sortie du Centre de rééducation; 7 femmes n'ont pas repris d'activité professionnelle et 8 anciens stagiaires (4 hommes et 4 femmes) n'ont jamais donné de nouvelles après leur formation professionnelle et n'ont pu être retrouvés par la suite.

Il peut être intéressant de considérer le temps écoulé entre le début de la maladie (ou de l'épisode évolutif à l'origine de la récidive), et la reprise de travail effective. Cette durée correspond à la période pendant laquelle le malade a été mis à l'écart de la population active.

Le tableau suivant donne la répartition des anciens stagiaires selon la longueur de cette période.

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moins de 2 ans | 22 | 12 % | 5 | 3,9% | 27 | 8,7% |
| 2 à 3 ans | 88 | 48,1% | 43 | 33,6% | 131 | 42,1% |
| 3 à 4 ans | 36 | 19,6% | 38 | 29,7% | 74 | 23,8% |
| Plus de 4 ans | 31 | 16,9% | 29 | 22,7% | 60 | 19,3% |

Le groupe le plus représenté, et principalement par les hommes, est celui correspondant à la période de 2 à 3 ans. C'est d'ailleurs la durée moyenne habituellement reconnue comme la plus favorable pour la préparation et la réalisation d'une rééducation professionnelle.

Rappelons que, au delà de 4 ans, les difficultés sont maximum, tant au point de vue psychologique pour l'assuré, déçu par la longueur de son traitement et surtout des délais d'admission fréquents en section professionnelle que du point de vue administratif du fait des démarches supplémentaires nécessaires à la prolongation de la prise en charge.

## II - METIER EXERCE A LA REPRISE DE TRAVAIL

Dans la plus grande majorité des cas, les anciens stagiaires ont repris le travail dans le métier correspondant à la formation professionnelle reçue en stage. Cependant quelques-uns (18 au total, soit 5,8%) n'ont pu trouver d'emploi correspondant exactement à la spécialité apprise, bien que relevant de la même branche professionnelle. Nous les avons groupés à part sous la rubrique "métier voisin".

Un autre petit groupe est constitué par les anciens stagiaires ayant repris une activité professionnelle totalement différente du métier appris en stage. Nous en avons dénombré 24 au total, soit 7,7% (14 hommes et 10 femmes) parmi lesquels 8, soit 2,6%, ont repris leur ancien métier.

Les raisons de ces échecs, pourrait-on dire, de rééducation, sont essentiellement d'ordre matériel. Il s'agissait en effet très souvent de sujets ayant charge de famille, pressés d'obtenir un salaire immédiat et dans l'impossibilité d'attendre un placement conforme à leur souhait et leurs capacités nouvelles. Très fréquemment, d'ailleurs, ces anciens rééduqués nous ont exprimé leur regret de ne pas exercer une profession conforme à la rééducation professionnelle dont ils avaient bénéficié.

La répartition des anciens stagiaires selon le genre de métier exercé à la reprise de travail est donnée par le tableau suivant:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Métier correspondant à la rééducation | 158 | 86,3% | 92 | 70,9% | 250 | 80,4% |
| Métier voisin | 5 | 2,7% | 13 | 10,2% | 18 | 5,8% |
| Métier différent | 14 | 7,7% | 10 | 7,8% | 24 | 7,7% |

Remarquons que les stagiaires qui ont dû, pour diverses raisons, interrompre leur rééducation ont presque toujours pu reprendre une activité professionnelle beaucoup plus facilement qu'en l'absence de toute formation même fragmentaire. La qualification professionnelle obtenue était moindre, il est vrai, qu'avec l'acquisition d'un diplôme sanctionnant une étude complète du métier, mais "la porte était ouverte" sur l'accession à une promotion ultérieure.

Nous avions signalé, au début de ce travail, la présence d'un petit nombre d'étrangers pour lesquels les difficultés psycho-sociales à la réalisation d'une rééducation professionnelle étaient maximum. La réalité a démontré que ces sujets, aidés bien sûr plus spécialement par différents services sociaux, ont obtenu des résultats aussi bons que l'ensemble des stagiaires. La principale difficulté pour eux était la question linguistique: ce problème a été résolu en grande partie pendant la période préparatoire à la rééducation proprement dite.

Au moment de notre enquête (1964 - 1965), les anciens rééduqués, orientés en 1960, avaient repris le travail depuis un temps variable selon la longueur de leur formation et les divers incidents qui avaient pu la retarder

Nous disposions donc, pour les 292 travailleurs recensés (19, rappelons-le, n'ont pas repris de travail à notre connaissance), d'un recul d'environ 3 à 4 ans que nous avons précisé dans le tableau ci-dessous:

| | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recul d'environ 2 ans | 6 | 3,3% | 2 | 1,6% | 8 | 2,6% |
| Environ 3 ans | 55 | 30,1% | 35 | 27,4% | 90 | 28,9% |
| 3 à 4 ans | 113 | 64,9% | 74 | 67,9% | 187 | 66,3% |
| Plus de 4 ans | 3 | 1,65% | 4 | 3,1% | 7 | 2,2% |

## ENQUETE 1964 - 1965

Ainsi que nous l'avions prévu, la grande difficulté de cette enquête a été de retrouver les 311 rééduqués.

Nous voulions avoir l'avis des intéressés eux-mêmes et nous n avons fait appel aux Centres de Rééducation, dispensaires d'Hygiène Sociale et Centres de Sécurité Sociale qu'après avoir épuisé les adresses inscrites dans nos dossiers.

De multiples changements de domicile étaient en effet survenu pour de nombreux assurés dont l'adresse actuelle était inconnue.

Effectivement, 724 lettres ont été envoyées (dont 315 rappels et 68 démarches ont été effectuées pour tenter de préciser des adresses ou obtenir des nouvelles indirectes.

Nous avons finalement obtenu 255 réponses au questionnaire, soit 82% réparties en 148 hommes (81%), et 107 femmes (83,6%).

Les 56 "non réponses" (18% de la totalité) comprennent 35 hom mes et 21 femmes. Pour 36 anciens stagiaires, nous n'avons pas l'adress actuelle. Les 20 autres cas concernent des "non réponses" au quatrième rappel, mais pour lesquels nous n'avons pas toujours confirmation de l'exactitude de l'adresse, le courrier n'ayant pas été suivi régulièrement ou "retourné à l'envoyeur".

Nous donnons ci-après le tableau récapitulatif des appréciations globales des intéressés. Nous avons relevé les "satisfaits" de l'ensemble de la rééducation et du travail obtenu par la suite.

Puis nous avons groupé ceux qui ne se prononçaient pas en fin de questionnaire et paraissaient moyennement heureux de leur situation actuelle d'après l'ensemble de leurs réponses.

Enfin, ceux qui se déclaraient nettement mécontents, en très petit nombre.

Il a paru nécessaire de signaler à la suite de ces trois grou pes de population active, les anciens stagiaires ne travaillant pas pour raisons médicales ou autres.

RESULTAT GLOBAL DES REPONSES 1964-1965

Hommes: 148 (81%) )
Femmes: 107 (83,6%) ) Total: 255 = 82%

| | HOMMES (183) Réponses: 148 | | | FEMMES (128) Réponses: 107 | | | TOTAL (311) Réponses: 255 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % Total | % Rép. | | % Total | % rép. | | % Total | % rép. |
| Satisfaits | 116 | 63,4 | 78,5 | 57 | 44,5 | 53,3 | 173 | 55,6 | 67,8 |
| Ne se prononcent pas | 20 | 10,9 | 13,5 | 24 | 18,8 | 22,4 | 44 | 14,2 | 17,3 |
| Mécontents | 6 | 3,3 | 4 | 1 | 0,8 | 0,9 | 7 | 2,3 | 2,7 |
| Malades | 4 (1) | 2,2 | 2,7 | 7 (2) | 5,5 | 6,6 | 11 (3) | 3,5 | 4,3 |
| Ne travaillent pas pour d'autres raisons | 2 | 1,1 | 1,3 | 18 | 14,1 | 16,8 | 20 | 6,4 | 7,9 |

(1) dont 1 tuberculeux
et 1 décédé

(2) dont 3 tuberculeuses

(3) dont 4 tuberculeux
et 1 décédé.

Les anciens rééduqués sont donc actuellement satisfaits, après 3 à 4 ans de reprise de travail pour la plupart, dans 67,8% des cas (réponses obtenues); ce qui correspond à 55,6% de la totalité de la population étudiée.

Il est assez remarquable de constater la proportion très nettement différente, selon leur sexe, de sujets satisfaits. Nous trouvons en effet 78,5% de "satisfaits" dans les réponses données par les hommes, pour 53,3% de"satisfaites", dans les réponses données par les femmes. La différence reste du même ordre de grandeur si l'on compare le nombre de satisfaits rapportés dans chaque groupe à la population totale: 63,4% de la totalité des hommes se déclarent satisfaits pour 44,5% des femmes.

Nous sommes amenés à ce propos à rappeler quelques notions simples de calcul statistique appliqué aux résultats de notre enquête.

Nous dirons qu'une différence entre deux grandeurs est significative au seuil de 5 ou 2% lorsque le traitement statistique de ces grandeurs (épreuve de PEARSON) ne laisse à cette différence qu'une probabilité de 5 ou 2% de correspondre à des variations possibles des grandeurs considérées dûes à une dispersion normale.

Dans le cas présent, nous avons fait l'hypothèse suivante:
Le sexe n'intervient pas comme facteur déterminant l'appréciation portée sur la rééducation: les femmes sont a priori autant satisfaites que les hommes.

Nous avons donc appliqué aux deux sous-populations hommes-femmes le pourcentage moyen concernant l'ensemble de la population. Nous avons ainsi obtenu des effectifs théoriques d'hommes et de femmes satisfaits. Les écarts entre les effectifs théoriques et les effectifs réellement observés, traités statistiquement, sont tels que l'hypothèse avancée plus haut n'a que 2 chances sur 100 d'être confirmée.

Nous en sommes donc amenés à conclure, avec seulement 2 chances sur 100 de nous tromper , que dans la population étudiée le sexe intervient d'une façon significative dans l'appréciation de la rééducation, les hommes s'estimant plus satisfaits.

Lorsque l'on compare le pourcentage d'hommes et de femmes qui ne se sont pas prononcés à la question "appréciation personnelle sur la rééducation et la reprise de travail", on constate que les femmes sont relativement un peu plus nombreuses (22,4%) que les hommes (13,5%). Peut-être ne sont-elles pas très satisfaites sinon mécontentes, hésitent-elles à donner leur opinion ? Une seule a exprimé clairement sa déception alors que 6 hommes se sont déclarés franchement mécontents.

Sur les 255 "réponses" obtenues, 31 concernaient des sujets n'ayant pu reprendre le travail. Pour 11 anciens malades (soit 4,3% des réponses et 3,5% du total des rééduqués) répartis en 4 hommes et 7 femmes, il s'agissait de raisons médicales. L'un des hommes s'était suicidé après plusieurs accès de troubles psychiques et rechutes de son alcoolisme.

Pour 4 autres sujets, une récidive de tuberculose pulmonaire était en cause. Remarquons d'ailleurs que l'un de ces derniers ("rechute de tuberculose") nous a écrit depuis le sanatorium où il était encore en traitement pour nous dire, en substance, ceci: les efforts fournis à l'occasion de son stage professionnel étaient peut-être à l'origine de sa "rechute", mais néanmoins il nous remerciait vivement d'avoir contribué à son reclassement professionnel et il espérait bien, dans un avenir proche pour lui maintenant, reprendre son nouveau métier qui le passionnait.

Enfin 20 anciens rééduqués ne travaillaient pas, les nombreuses femmes de ce groupe s'étaient pour la plupart mariées, plus ou moins longtemps après leur sortie de stage et se consacraient exclusivement à leurs tâches ménagères. Plusieurs ont cependant émis le souhait de reprendre plus tard une activité professionnelle dès que la charge de jeunes enfants au foyer se serait quelque peu allégée avec le début de la scolarité.

Il est impossible d'extrapoler les résultats concernant les réponses obtenues aux 56 cas (18% du total) de non réponses. Leur appliquer le pourcentage moyen des satisfaits parmi les répondants serait les assimiler entièrement à ceux-ci. Or ils s'en différencient par leur absence de réponse qui peut aussi bien traduire une insatisfaction profonde de leur rééducation, d'où une attitude négative, voire hostile, vis-à-vis de l'enquête, qu'au contraire une réadaptation parfaite avec désir d'oublier cependant un épisode désagréable de leur existence.

On ne peut donc pas plus avancer que tous sont satisfaits, ou qu'ils sont tous mécontents. Cependant, ces deux hypothèses, si peu réalistes soient-elles, fournissent néanmoins les limites inférieures et supérieures du pourcentage de satisfaits dans l'ensemble de la population étudiée.

Nous pouvons dire sans aucun risque d'erreur qu'entre 55,6% et 73,6% des cas, les anciens rééduqués sont satisfaits.

Précisons que les 56 non réponses concernaient 35 hommes et 21 femmes et correspondaient dans 20 cas à des non-réponses au quatrième "rappel" et, dans 36 cas, à un manque d'adresse actuelle de l'intéressé.

Il a paru utile de rechercher la proportion de satisfaits, sans opinion exprimée, mécontents, en fonction de la date de réponse ou, si l'on veut, suivant le rythme des appels". Cette étude, en fait, n'a pas apporté de modifications sensibles aux pourcentages indiqués ci-dessus. Nous en donnons cependant les résultats, réunis dans le tableau suivant

| | | Total | Satisfaits | Sans opinion exprimée | Mécontents |
|---|---|---|---|---|---|
| er questionnaire | | | | | |
| | Hommes | 66 | 57 | 5 | 2 |
| Total | (% du total (311) | 39 | | | |
| | (121) | 121 | 88 ou 72,7% | 16 ou 13,2% | 3 ou 2,5% |
| | (% des réponses (255) | 47,4 | | | |
| | Femmes | 55 | 31 | 11 | 1 |
| er rappel | | | | | |
| | Hommes | 48 | 35 | 6 | 3 |
| Total | (% du total | 25 | | | |
| | ( | 78 | 50 ou 64,1% | 14 ou 18% | 3 ou 3,8% |
| | (% des réponses | 30,6 | | | |
| | Femmes | 30 | 15 | 8 | - |
| ème rappel | | | | | |
| | Hommes | 18 | 15 | 2 | 1 |
| Total | (% du total | 9,7 | | | |
| | ( | 30 | 22 ou 73,5% | 4 ou 13,3% | 1 ou 3,3% |
| | (% des réponses | 11,8 | | | |
| | Femmes | 12 | 7 | 2 | - |
| ème et 4ème rappels | | | | | |
| | Hommes | 6 | 3 | - | - |
| Total | (% du total | 3,9 | | | |
| | ( | 12 | 9 ou 75% | 2 ou 16,7% | |
| | (% des réponses | 4,7 | | | |
| | Femmes | 6 | 3 | 2 | - |
| Renseignements indirects | | | | | |
| | Hommes | 10 | | 7 | |
| Total | (% du total | 4,5 | | | |
| | ( | 14 | 4 ou 28,6% | 8 ou 57,2% | |
| | (% des réponses | 5,5 | | | |
| | Femmes | 4 | | 1 | |

Il était également intéressant de chercher à préciser la stabilité des résultats obtenus depuis la sortie du centre.

Nous avons donc établi les pourcentages de "satisfaits", "sans opinion exprimée" et "mécontents" d'après les réponses obtenues par les questionnaires envoyés 3 mois, 6 mois, et 1 an après la reprise de travail.

Nous ne pouvons établir de comparaison ici qu'entre les pourcentages, les chiffres absolus étant très différents les uns des autres et ne correspondant pas aux mêmes sujets. Les réponses sont, en effet, en nombre décroissant, en fonction de la négligence et des changements de domicile des intéressés.

Rappelons que le plus grand nombre de réponses correspondant à l'enquête 1964 - 1965 n'a été obtenu qu'après de nombreuses démarches, irréalisables dans le cadre habituel de travail du centre de Reclassement Professionnel.

La comparaison des pourcentages de résultats à ces différentes étapes de reprise de travail ne fait pas apparaître de différence sensible. Nous en avons cependant donné les résultats dans le tableau ci-après.

Nous avons également indiqué, à la suite, la répartition des sujets ne travaillant pas, en précisant le nombre d'anciens malades signalés à chaque période comme victimes de récidive de tuberculose pulmonaire. Ce nombre reste faible: 1 seul dès le début de la reprise de travail, 3 au bout de 6 mois, 2 après 1 an, et 4 actuellement, c'est-à-dire 3 à 4 ans après la reprise de travail.

Réponses selon les dates des questionnaires

| | Satisfaits | Ne se prononcent pas | Mécontents | Ne travaillent pas(1) |
|---|---|---|---|---|
| I) 3 mois après reprise de travail | | | | |
| Nombre de réponses: 226 | (156)<br>69 % | (34)<br>15 % | (18)<br>8 % | (18)<br>8 % |
| II) 6 mois après reprise de travail | | | | |
| Nombre de réponses: 179 | (122)<br>68 % | (28)<br>15,6% | (10)<br>5,8% | (19)<br>10,6% |
| III) 1 an après reprise de travail | | | | |
| Nombre de réponses: 102 | ( 74)<br>72,6% | (16)<br>15,7% | ( 2)<br>1,9% | (10)<br>9,8% |
| IV) 1964 - 1965 | | | | |
| Nombre de réponses: 255 | (173)<br>67,8% | (44)<br>17,3% | ( 7)<br>2,7% | (31)<br>12,2% |

| | I | II | III | IV |
|---|---|---|---|---|
| ) Ne travaillent pas: total ..... | ( 18<br>( 8% | 19<br>10,6% | 10<br>9,8% | 31<br>12,2% |
| - Pour raisons médicales diverses | 13 | 10 | 4 (+) | 7 (+) |
| - Pour récidive de tuberculose pulmonaire | 1 | 3 | 2 | 4 |
| - Pour autres raisons | 4 | 6 | 4 | 20 |

) dont 1 décès (suicide).

Après avoir mentionné les appréciations des anciens rééduqués il est nécessaire de préciser le nombre de sujets qui ne travaillent pas dans le métier appris.

Nous en avons trouvé 33, soit 10,6% de l'ensemble de la population étudiée et 12,9% des réponses. Ils étaient répartis en 18 hommes et 15 femmes. Parmi eux, très peu: 8 au total (soit 2,6% ou 3,5% des réponses), 5 hommes et 3 femmes ont repris leur ancien métier. Ils avaient pu obtenir une réintégration chez leur ancien employeur et avaient préféré cette solution de facilité immédiate.

Les 25 autres anciens rééduqués exerçaient une profession non qualifiée, variable d'ailleurs selon les occasions de placement.

Tous ces sujets avaient renoncé à exercer le métier appris en stage de rééducation pour des motifs essentiellement matériels: attrait d'un salaire immédiat mais presque toujours dépourvu de tout espoir d'amélioration ultérieure.

A l'opposé, nous avons relevé parmi les sujets ayant repris le travail dans un métier correspondant à la formation reçue 45 cas de promotion dans la profession. Ces anciens malades représentent 14,5% de la population totale étudiée et 17% des réponses à notre enquête.

# RESUME

Le reclassement professionnel de nos 311 rééduqués nous est apparu au cours de ses différentes étapes de réalisation comme un travail d'équipe progressif auquel concouraient de nombreux spécialistes.

Oeuvre commune dont chaque élément actif est important et supporte une part de responsabilité dans le résultat final. Oeuvre de longue durée, mais qui doit être entreprise le plus précocement possible pour être souvent le plus efficace. La formule "du lit à l'atelier" résume bien la continuité de l'effort nécessaire pour rendre le handicapé physique à une activité professionnelle normale en rapport avec ses capacités physiques et mentales.

Il est donc nécessaire que le médecin phtisiologue soit averti des problèmes de reclassement professionnel de ses malades et s'en préoccupe dès le début de la maladie. Des solutions peut-être inespérées par le handicapé pourront être trouvées dans bien des cas si le problème de la future reprise de travail a été soigneusement examiné, longtemps à l'avance.

Les indications de rééducation professionnelle sont en effet devenues plus souples du fait du développement des services de Reclassement Professionnel et il serait injuste d'éliminer certains sujets "limites" du point de vue âge, niveau scolaire et même stabilisation physique.

Les sévères critères d'autrefois ont évolué avec la morbidité tuberculeuse et se sont élargis en fonction même de l'intérêt porté aux problèmes de reclassement par l'équipe médico-sociale de nombreux établissements de cure.

Dans notre étude qui comportait, nous le rappelons, une majorité d'hommes (58,8% pour 41,2% de femmes) l'âge des candidats était effectivement inférieur à 30 ans pour 66,9% des cas et inférieur à 35 pour 84,6%.

Les candidats groupés dans les 15% restant ont peut-être dû fournir un effort plus considérable pour suivre la formation professionnelle proposée et leur rééducation a demandé peut-être plus d'attention de la part des "orienteurs" qui donnaient ainsi leur chance à ces handicapés.

Il est habituel heureusement en médecine de considérer le malade dans son individualité propre et le petit nombre de ces cas difficiles ne doit être qu'un stimulant dans la recherche de solutions satisfaisantes.

Du point de vue essentiellement médical, nous avons constaté, comme on pouvait s'y attendre, une nette prédominance de malades atteints pour la première fois par la maladie: 67,9% au total, répartis entre 48,9% de formes unilatérales et 19% de formes bilatérales de lésions pulmonaires .

Nous avons dénombré 56 malades (34 hommes, 22 femmes) chez lesquels la tuberculose avait été dépistée par examen systématique.

Les cas de récidives, moins nombreux, ont fait l'objet comme pour les sujets plus âgés mentionnés ci-dessus, d'examens approfondis et de surveillance ultérieure plus rigoureuse.

L'ensemble des malades avaient été soignés en établissement de cure, 14 (4,5%) seulement (7 hommes et 7 femmes) avaient reçu leur traitement exclusivement à domicile.

Nous avons constaté 7 récidives de tuberculose pulmonaire en cours de rééducation (2,25%) dont 3 ont entraîné un abandon définitif de stage.

Les localisations extra-pulmonaires associées (23) n'ont pas apporté de difficultés particulières d'adaptation.

Les séquelles fonctionnelles occasionnées par la maladie et certaines autres déficiences associées pouvaient éventuellement perturber le reclassement professionnel. Nous avons retenu 5 cas de bronchectasie (3 hommes et 2 femmes) et 18 cas de dyspnée légère à l'effort (6 hommes et 12 femmes).

Ces anciens malades pouvaient être gênés dans l'exécution de travaux manuels requérant un effort physique, et le reclassement professionnel était particulièrement indiqué pour eux.

Signalons à ce sujet l'écueil à éviter pour ces sujets fragilisés physiquement: l'attribution d'un travail dit "léger", mais souvent non qualifié, dans l'ancienne entreprise. Cette solution de facilité nous paraît être une double erreur: du point de vue psychologique vis-à-vis du malade qui se sent perpétuellement diminué vis-à-vis de son entourage et rendu volontiers agressif par une sollicitude quelque peu infantile, erreur également du point de vue économique car le handicapé physique a souvent conservé des capacités de travail importantes, avantageusement utilisables après adaptation dans l'économie générale.

Les difficultés provoquées par les malades présentant des troubles psychiques: 24, soit 8% du total, (8 hommes et 16 femmes), ainsi que par les alcooliques: 9 hommes, 4,9%, ont été parfois plus graves et ont entraîné des interruptions définitives de stage 7 fois (4 cas de troubles psychiâtriques, 1 homme et 3 femmes, et 3 renvois disciplinaires pour ivresse répétée.)

Un élément important dans le problème de la rééducation professionnelle est représenté par la situation familiale des intéressés. Si la grande majorité (70,7%) était célibataire, nous avons trouvé 20,9% de sujets mariés (26,8% d'hommes et 12,5% de femmes) pour lesquels des problèmes plus ou moins complexes d'adaptation personnelle et d'organisation familiale pouvaient exister.

L'examen psychotechnique constitue une étape importante dans le reclassement du handicapé. L'étude du passé scolaire des candidats révèle dans près d'un tiers des cas: 93 exactement, soit 29,9%, répartis en 27,9% des hommes et 32,8% des femmes, une scolarité primaire irrégulière et insuffisante dans l'enfance.

Il est vrai que nombre de malades (133, soit 42,8%, répartis en 49,7% d'hommes et 32,8% de femmes) ont cherché à combler ces lacunes de leurs connaissances de base en suivant les cours des instituteurs de nombreux établissements de cure.

Ce travail scolaire avait été fréquemment déterminé par un examen psychotechnique dit de "préorientation" précoce, passé dès la période de soins.

L'examen psychotechnique d'orientation définitive met en évidence le niveau scolaire encore faible de nombreux candidats. En effet, 20% sont d'un niveau inférieur au Certificat d'Etudes Primaires, 41,8% sont d'un niveau équivalent et 38,2% d'un niveau supérieur.

L'étude du passé professionnel des anciens malades révèle également très souvent un manque de formation et de qualification professionnelles: 126 sujets, soit 40,6%, exercent une activité professionnelle sans aucune qualification. Dans ce groupe les femmes sont majoritaires (58,6% pour 27,9% d'hommes) du fait de la grande proportion de gens de maison et de "services" divers (43%).

Les deux tiers des hommes exerçaient, avant leur maladie, une profession industrielle ou un métier du bâtiment. Le plus grand nombre de femmes travaillaient soit dans les emplois de bureau, soit dans les services.

La conclusion du psychotechnicien au terme de son examen d'orientation a été un avis "favorable" dans 71,4% des cas, "acceptable" dans 24,4% et "essai" dans 4,2% des cas. Remarquons que la proportion d'avis "favorable" est plus élevée lorsqu'une préorientation avait pu avoir lieu en établissement de soins.

L'enquête réalisée en 1964-1965 auprès des 311 rééduqués avait pour but de préciser l'efficacité du reclassement professionnel après quelques années de reprise de travail. Le recul de temps était, dans la majorité des cas, de 4 ans.

Il était important de recueillir les appréciations des intéressés eux-mêmes afin de savoir, en particulier, s'ils étaient satisfaits de leur rééducation et des conditions de travail obtenues de ce fait, et s'ils exerçaient toujours le métier appris en centre de rééducation.

Après de nombreuses démarches et une volumineuse correspondance, nous avons obtenu des renseignements concernant 255, soit 82% de la totalité des anciens stagiaires.

Dans 241 cas, les assurés ont répondu personnellement; dans 14 cas, les renseignements nous ont été fournis par les Centres de Rééducation, les dispensaires d'Hygiène Sociale et les Centres de Sécurité Sociale.

Les 56 assurés qui n'ont pas répondu étaient, pour la plupart, impossibles à retrouver après de multiples changements d'adresses.

Sur les 241 réponses volontaires, 70% se sont déclarés satisfaits. Parmi eux, 20 sujets, soit 6,4%, il est vrai, ne travaillaient pas dans le métier appris. Par contre, 45 anciens stagiaires, 14,5%, avaient perfectionné leur formation professionnelle et acquis une qualification supérieure à celle de la reprise de travail après rééducation.

Il est assez remarquable de constater que les hommes sont très nettement plus satisfaits que les femmes.

44 anciens stagiaires (17,3% des réponses) ne se sont pas prononcés. En tenant compte des réponses aux différentes autres questions de l'enquête, leur silence relatif peut être interprété comme une médiocre satisfaction mais non comme une expression de mécontentement.

Enfin, 7 sujets (2,25%) se sont déclarés nettement mécontents. Presque tous se plaignaient de n'avoir pu trouver un emploi en rapport avec leur rééducation professionnelle.

Les renseignements fournis, soit directement par les intéressés, soit indirectement, nous ont permis de dénombrer 33 cas d'anciens stagiaires, soit 10,6%, ne travaillant pas dans le métier appris.

Les raisons essentielles de ces échecs, en définitive, de rééducation, étaient des difficultés de placement à la sortie des centres et des problèmes matériels pécuniers lorsque la situation familiale de l'intéressé exigeait l'apport immédiat d'un salaire. Ces motifs rejoignent en partie d'ailleurs ceux apportés par plusieurs candidats au reclassement et qui ont renoncé à toute rééducation comme nous l'avions signalé au début de notre étude.

Sur les 255 anciens malades, 32 au moment de l'enquête, soit 10,3%, ne faisaient plus partie de la population dite active; 11 étaient malades dont 4 pour récidive de tuberculose pulmonaire, 1 homme était décédé (suicide après troubles psychiâtriques chez un alcoolique); 20 ne travaillaient pas pour des raisons diverses, surtout le changement de situation socio-familiale de jeunes femmes ayant abandonné toute activité professionnelle après leur mariage.

La comparaison des réponses fournies selon le rythme des "rappels" n'a pas fait apparaître de différences sensibles. On ne peut pas dire que les réponses tardives traduisaient, de ce fait, une insatisfaction profonde dans une plus grande proportion que les réponses au premier questionnaire.

On peut donc penser que les non réponses ne correspondent pas forcément aux plus mauvais cas, puisque les intéressés n'ont pu être atteints par l'enquête.

# CONCLUSIONS

Le médecin phtisiologue ne devra pas limiter son action à la technicité des soins apportés au tuberculeux pulmonaire. Il ne peut, en effet, dissocier le cas pathologique du contexte socio-professionnel de son malade. Celui-ci ne se considèrera d'ailleurs vraiment "guéri" que le jour où, ayant récupéré des capacités de travail utilisables, il sera autorisé à reprendre une activité sociale et professionnelle normale.

Cette réinsertion est une source de difficultés personnelles psychologiques pour l'intéressé, qui s'en préoccupe pendant la durée de son traitement, et pour l'économie générale, privée pour un temps d'une main d'oeuvre plus ou moins qualifiée.

Les problèmes de reclassement professionnel intéressent donc, à des titres divers, de nombreux techniciens; ceux-ci sont appelés à conjuguer leurs efforts dans un travail véritablement d'équipe médico-psycho-sociale.

Nous avons limité notre étude à l'examen des dossiers de 365 anciens malades, examinés au Centre de Reclassement Professionnel "André LEVEILLE". Parmi ces 365 candidats, 311 ont effectivement bénéficié d'une rééducation professionnelle sur la proposition de la Commission Technique d'Orientation des Infirmes en 1960. Les 54 démissionnaires ont renoncé à la réadaptation qui leur était proposée pour des motifs très divers mais tous sous-tendus par la longue durée des délais d'attente. Nous avons donc ainsi laissé de côté les autres formules de reclassement: travail à temps partiel, contrat, réentraînement à l'effort dans l'ancien métier.

Comme nous le pensions, la population étudiée était composée de sujets jeunes (moins de 35 ans) et atteints de tuberculose pulmonaire pour la première fois.

La grande majorité a été traitée en sanatorium et a pu ainsi recevoir, quelquefois précocement, un enseignement scolaire pendant la période de soins. L'éventualité de ce travail scolaire, rendu si souvent indispensable par le faible niveau des candidats, a d'ailleurs très heureusement influencé la suite du reclassement et favorisé l'accession à une qualification professionnelle supérieure.

Nous pouvons tenter de résumer, schématiquement, les résultats lointains de la rééducation professionnelle d'après les réponses obtenues à l'enquête réalisée auprès des intéressés eux-mêmes.

Nous avons estimé la rééducation "réussie" chez les sujets se déclarant satisfaits et exerçant dans le métier appris. Nous avons alors constaté qu'il s'agissait le plus souvent d'hommes jeunes, célibataires, ayant bénéficié d'un examen de dépistage systématique de la tuberculose, traités immédiatement en sanatorium, "pré-orientés" dès la période de soins et ayant travaillé avec l'aide d'instituteurs en sanatorium, et, enfin, après la formation professionnelle, placés par le centre de rééducation lui-même dès avant la sortie du stage.

A l'opposé, les cas les plus difficiles de reclassement, sinon les vrais échecs, très peu nombreux, ont été représentés typiquement par des femmes plus âgées (autour de 40 ans), victimes de récidives de la tuberculose pulmonaire, associées parfois à des bronchectasies séquelles, à des troubles psychiques ou à un alcoolisme (chez les hommes uniquement); également les sujets peu scolarisés ou d'un niveau scolaire insuffisant et ceux qui n'ont pu bénéficier de l'aide rapide d'un service de placement pour des raisons familiales ou matérielles.

Pour terminer, nous voudrions insister sur deux aspects du problème de la rééducation professionnelle, qui nous ont paru des temps essentiels du reclassement de ces handicapés et sur lesquels des efforts mériteront d'être poursuivis.

Tout d'abord, ce que l'on a appelé la revalorisation scolaire des candidats. La "chute impressionnante des niveaux intellectuels", associée au vieillissement de la population sanatoriale, constatés ces dernières années, ont augmenté les difficultés d'orientation et de reclassement.

Trois étapes, qui nous paraissent actuellement plus importantes, méritent d'être soulignées:

1°) - L'utilité d'un examen de préorientation dès le début du traitement en établissement de soins. Cet examen aura pour but de préciser les niveaux scolaire et professionnel du candidat et de vaincre son appréhension éventuelle devant les problèmes de rééducation et la nécessité d'un effort inhabituel et rebutant pour lui.

2°) - L'importance du rattrapage scolaire effectué en sanatorium sous le conseil d'instituteurs et de moniteurs. Ceux-ci auront à soutenir l'effort du candidat malade tout en fractionnant cet effort et en l'adaptant à ses capacités physiques et intellectuelles (suivant les directives médicales).

3°) - La nécessité d'un stage préparatoire aux sections professionnelles de rééducation, qui fonctionnera comme un centre véritablement de préformation, comblant les lacunes scolaires existant encore et préparant à un enseignement technique, et non comme un centre de triage et de sélection quelque peu arbitraire.

N'oublions pas que "le handicapé doit être l'artisan de sa propre réinsertion sociale et professionnelle" mais "si on ne peut rien sans lui, il peut beaucoup avec nous".

Une autre étape, la dernière, du reclassement professionnel : le placement, constitue encore actuellement un problème parfois difficile. La rééducation professionnelle de l'ancien tuberculeux est terminée, mais elle n'est efficace et concrétisée que le jour de la reprise de travail.

On a signalé "une certaine restriction des débouchés offerts par le marché de l'emploi". Il est bien certain que le choix des métiers enseignés doit être assez souple pour s'adapter continuellement aux besoins du marché du travail. La plus grande difficulté nous paraît se situer au stade individuel de l'embauche.

Nombre d'employeurs se fient à la qualité de l'essai professionnel effectué par le candidat plus qu'à la possession d'un diplôme. Il existe encore cependant des problèmes d'ordre psychologique et de méfiance à l'égard d'anciens handicapés, de la part de leurs patrons éventuels, qu'il faut s'efforcer de vaincre.

Nous devons reconnaître à ce sujet l'action très utile des médecins du travail qui, avertis de ces problèmes, facilitent pour une grande part la réintégration définitive de ces anciens malades dans le monde du travail.

La valeur professionnelle des rééduqués et leur faible absentéisme doivent d'ailleurs être soulignés.

D'autre part, la main d'oeuvre virtuelle représentée par les handicapés professionnellement qualifiés peut largement intervenir dans les questions économiques générales de l'emploi. On a même pu écrire: "Il n'y a pas de handicap, il n'y a que des degrés de capacités".

o o

o

## - BIBLIOGRAPHIE -

(Limitée aux publications parues de 1959 à 1965)


ALBECQ R. La rééducation professionnelle .
Réadaptation, janvier 1961, n° 76 - 13 - 18.

ARNOLD E. Evolution du problème de la réadaptation des tuberculeux.
Méd. et Hyg. 8 janvier 1964, 22, n° 623, 11.

BAILLET R. L'orientation professionnelle en vue du reclassement professionnel des tuberculeux stabilisés ou guéris.
Arch. Mal. prof. sept. Oct. 1959, 20, n° 5, 479 - 498.

BALMES, CHARDENON, ALLAYS et GAUDILLAT - Le devenir des tuberculeux pulmonaires après reclassement à l'issue de leur rééducation professionnelle au Centre de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Montpellier.
Arch. Mal. Prof. sept.-oct. 1959, 20, n° 5, 561 - 563.

BEGOIN J. Psychologie et réadaptation des tuberculeux (aspects actuels)
Réadaptation, mars 1962, n° 88, 39 - 42 (Bibliogr.).

BERNARD E. et KERVRAN R. - L'évolution de la réadaptation des tuberculeux en fonction des nouvelles thérapeutiques.
Réadaptation, mars 1962, n° 88, 5 - 8.

BIDOU S. La reprise de travail des agents tuberculeux stabilisés à l'Assistance Publique de Paris.
VIIème Journées nat. Méd. Trav. Paris, 17, 18, 19 sept. 1962
Masson, édit., Paris 1963, 143 - 144.

BOISSEAU La remise au travail des handicapés physiques. Expérience de 10 ans de l'Institut de Réadaptation.
Notes et Documents, n° 15 - 16, 3ème - 4ème trimestre 1964, 116 - 117.

BOISSEROLE La rééducation professionnelle: ses prestations.
Notes et Documents n° 15 - 16, 3ème - 4ème trimestre 1964, 54 - 57.

CAU G. et FABRE A. - Résultats du reclassement professionnel des tuberculeux pulmonaires dans la grande entreprise.
Arch. Mal. Prof. sept.-oct. 1959, 20, n° 5, 551 - 553.

CHOFFEL C. et LEON A. - Tuberculose et métiers.
Gazette médicale de France, 69, n° 19, 10 oct. 1962, 2657 - 2664.

COOREMAN R. La rééducation professionnelle et le placement des tuberculeux pulmonaires dans la région lyonnaise.
Arch. Mal. prof., sept-Oct. 1959, 20, n° 5, 499 - 515.

CORNUAU J., DELMAS R., DUMORTIER L., DURSENT M., GILLON J.J., KOMAROVER I., et ROTHAN A. - Des médecins confrontent leurs points de vue sur les problèmes de l'embauche et de l'emploi des handicapés dans les entreprises.
Réadaptation, mars 1961, n° 78, 5 - 14.

CUENIN-HOGARTH R. - Le rôle de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale dans la réadaptation des tuberculeux.
Réadaptation, n° 81, juin 1961, 27 - 34.

DELWAL Bilan de 15 années de fonctionnement du Centre de Rééducation Professionnelle et de Post-Cure de Coubert.
Notes et Documents, n° 15 - 16, 3ème - 4ème trimestre 1964, 91 - 114.

DENOJEAN (Melle) - Enquête sur le reclassement des tuberculeux pulmonaires examinés au centre de sélection psychotechnique de Lyon en 1953 - 1954.
Arch. Mal. Prof. sept-oct. 1959, 20, n° 5, 572 - 574.

DESPIERRES et OLLAGNIER C. - La reprise du travail du tuberculeux pulmonaire. Le point de vue du médecin, chef d'un service hospitalier urbain.
Arch. Mal. prof. sept-oct. 1959, 20, n° 5, 516 - 523.

FAISAN, J. PATIN, J. ROUSSEL, F. SIMON - La rééducation du diminué physique. que deviennent les anciens stagiaires des centres spécialisés plusieurs années après leur sortie ?
Bulletin du Centre d'Etudes et Recherches psychotechniques, juillet - septembre 1959, tome VIII 3 - et réadaptation n° 65, décembre 1959.

FOURCADE J. et GUYENOT E. - Réflexions sur le rôle de la Médecine du Travail dans le reclassement professionnel des tuberculeux.
Arch. Mal prof. sept-oct. 1959, 20, n° 5, 554 - 558.

FREOUR P. Du bon usage de la tuberculose ou la promotion professionnelle des malades est-elle possible ?
Concours méd. 9 av. 1960, 82, n° 15, 1873 - 1875.

GERMAIN J. Reclassement professionnel des tuberculeux pulmonaires. Les problèmes actuels du reclassement professionnel des tuberculeux pulmonaires. Exposé général et médical. Arch. Mal prof. sept-oct. 1959, 20, n° 5, 465 - 478.

GEVREY L'enseignement au Sanatorium: l'instituteur. Réadaptation n° 88, mars 1962, 24 - 25.

GIROND J. La réadaptation des tuberculeux en sanatorium. Semaine Méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris) 30 janv. 1960, 36, n° 9, 95 - 96.

GIROND J. Problème de rééducation en post-cure des tuberculeux. Semaine Méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris) 30 janv. 1960, 36, n° 9, 96 - 98.

GIROND J. Le reclassement professionnel de la région parisienne. Semaine Méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 8 déc. 1962, 38, n° 25, 960 - 963.

GIROND J. La formation professionnelle des tuberculeux des centres de rééducation. - Semaine Méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris) 20 juin 1963 - 39, n° 12, 257 - 258.

GUELLIER D. Les problèmes pratiques de gestion d'un centre de rééducation professionnelle. Notes et Documents n° 15 - 16, 3ème - 4ème trimestre 1964, 82 - 90.

JULLIEN G., LEANDRI M., BAUDRY M., et VIAN Y. (Melle) - Le problème du reclassement dans les industries du Bâtiment et des Travaux Publics des Bouches-du-Rhône, spécialement en ce qui concerne les tuberculeux pulmonaires et les adolescents handicapés. Arch. Mal. Prof. sept-oct. 1959, 20, n° 5, 541 - 545.

KATZ C., CORNET H. et OLLIVIER Y (Mme) - Une expérience de reprise de travail d'anciens malades pulmonaires dans une usine métallurgique. Arch. Mal. prof. Sept-oct. 1959, 545 - 546.

KOMAROVER I. L'unité du processus réadaptation-reclassement - Le travail d'équipe. Notes et Documents n° 15 - 16, 3ème - 4ème trimestre 1964, 140 - 143.

LATRY M.G. Le choix des métiers enseignés; le recrutement des stagiaires les examens de fin de stage. - Notes et Documents n° 15 - 16 3ème - 4ème trimestre 1964, 69 - 79.

LAURENT P. L'action du Ministère du Travail en faveur de la réadaptation des handicapés physiques et ses perspectives. Réadaptation, ju in 1961, n° 81, 7 - 10.

LE MELLETIER J. - Reclassement social et avenir professionnel des tuberculeux pulmonaires. - Gazette médicale de France, Tome 69, 10 octobre 1962, 2673 - 2681.

LE SEAC'H C. Réadaptation et reclassement des tuberculeux ruraux. Concours méd. 21 nov. 1959, n° 47, 5075 - 5084.

MARECHAL M. et JAMES (Melle) - Problèmes actuels de reclassement professionnel des tuberculeux pulmonaires. Arch. Mal. prof. sept-oct. 1959, 20, n° 5, 559 - 560.

MARTIN-LALANDE J. - Une expérience d'occupation thérapeutique individuelle en pratique sanatoriale. Réadaptation, janvier 1961, n° 76, 35 - 38.

MAURANGES P. Action des conseillers du travail dans le reclassement professionnel des handicapés. Semaine méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 8 déc. 1962, 38, n° 25.

MAURANGES P. Le reclassement des handicapés en Grande Bretagne. Semaine méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 8 mai 1963, 39, n° 9 198 - 200.

MAURANGES P. La réadaptation professionnelle à l'Hôpital. - Semaine méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 20 déc. 1963, 39, n° 20, 426 - 428.

MOIGNETEAU C.R. - Surveillance du tuberculeux guéri ou stabilisé. Concours médical, 21 nov. 1959, n° 47, 5067 - 5073.

MOREL R. et ROUTIER J. - Préparation au reclassement professionnel dans une station sanatoriale d'altitude. Evol. méd., juillet-août-septembre 1963, 7, n° 3 bis, 353-355.

NOEUVEGLISE J., DELMAS R. et DEGAYE R. (Melle) - Particularités de la reprise du travail et de la réadaptation des tuberculeux dans les industries du Bâtiment. Arch. Mal. prof. sept.-oct. 1959, 20, n° 5, 533 - 540.

PELLISSIER L. - Réadaptation, reclassement, réhabilitation des tuberculeux pulmonaires "handicapés". - Gazette méd. France, 10 sept. 59, 66, n° 17, 1271 - 1278.

PILOD M. et VANNEREAU - Problèmes posés dans les sanatoriums pour le devenir social et professionnel des malades. Enquête effectuée par le Comité National de Défense contre la tuberculose. 20 novembre 1962.

REVOL M. Les Centres de rééducation professionnelle pour les tuberculeux doivent-ils encore demeurer réservés à cette seule catégorie de handicapés physiques ?
Réadaptation n° 123, sept-oct. 1965.

REVOL M., FREOUR P. et coll. - Dix ans de rééducation professionnelle. Résultats médico-sociaux au centre de Clairvivre.
Rev. Tub. mai-juin 1959, 23, n° 5-6, 578 - 593 (Bibliogr.).

ROCHER G. Possibilités et limites d'une action d'instruction et de formation technique chez les tuberculeuses.
Rev. Tub. déc. 1961, 25, n° 12, 1499 - 1504.

SCHERDING J.P. - Le reclassement professionnel en milieu sanatorial.
Concours médical, 29 fév. 1964, 86° année, n° 9, 1401-1405.

SCHWENKENBECHER D. - A propos de l'état actuel de la rééducation chez les phtisiques.
MÜnch med. Wschr, 22 déc. 1961, 103, n° 51, 2530 - 33.

SIMON F. La formation professionnelle des tuberculeux dans les Centres de rééducation.
Réadaptation, mars 1962, n° 88, 11 - 13.

SOUBRIER Le réemploi et le reclassement des tuberculeux pulmonaires dans les entreprises. Leurs résultats. Enquête dans la région lyonnaise.
Arch. Mal. prof., sept-oct. 1959, 20, n° 5, 567 - 571.

VIDAL J. et BALMES A. - Enquête "tuberculose pulmonaire et travail": éléments à recueillir par le médecin pneumologue.
Arch. Mal. prof., juillet-août 1959, 20, n° 4, 456 - 457.

WEINER H. Changements de condition d'emploi associés à l'hospitalisation pour tuberculose.I Analyse de 163 hommes admis consécutivement.
Am. Rev. Respir. Dis, janvier 1963, 87, n° 1, 17-22 (Bibliog.)

WEINER H. Changements de condition d'emploi associés à l'hospitalisation pour tuberculose. II Caractéristiques significatives associées au succès ou à l'échec pour arriver à les rendre "employables".
Am. Rev. Respir. Dis., janv. 1963, 87, n° 1, 23 - 28.

ZACHARIAS K. Aspects nouveaux de la réadaptation des tuberculeux. (XVème conférence internationale de la Tuberculose).
Rev. Tub., février-mars 1960, 24, n° 2 - 3, 358 - 360.

Vu, le Président de Thèse:

Professeur G. BROUET

Vu, le Doyen de la Faculté:

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE